

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria



**ESTUDIO MÉDICO-FORENSE DE LA VIOLENCIA
DE GÉNERO: ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS
PARTES DE LESIONES.**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Laura García Minguito

Bajo la dirección de los doctores

Juan de Dios Casas Sánchez
M^a Soledad Rodríguez Albarrán

Madrid, 2010

ISBN: 978-84-693-8787-0

© Laura García Minguito, 2010

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria.



**ESTUDIO MÉDICO-FORENSE
DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. ANÁLISIS DE
CALIDAD DE LOS PARTES DE LESIONES**

TESIS DOCTORAL

LAURA GARCÍA MINGUITO

Madrid, 2010

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria.



**ESTUDIO MÉDICO-FORENSE
DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. ANÁLISIS DE
CALIDAD DE LOS PARTES DE LESIONES**

TESIS DOCTORAL

LAURA GARCÍA MINGUITO

Bajo la dirección de los doctores:

Juan de Dios Casas Sánchez

M^a Soledad Rodríguez Albarrán

Madrid, 2010

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----------|
| Agradecimientos | ix |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1.1. La violencia contra las mujeres | 2 |
| 1.2. Justificación del trabajo | 6 |
| II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS..... | 10 |
| 2.1. Violencia de género vs. Violencia doméstica | 11 |
| 2.2. Categorías de violencia de género | 15 |
| 2.3. Consideraciones histórico-sociales de la violencia contra la mujer | 18 |
| 2.4. El derecho español frente a la violencia de género | 27 |
| 2.5. Violencia doméstica, problema mundial y de salud pública | 35 |
| 2.5.1. Consecuencias sobre la salud de la víctima | 38 |
| 2.5.2. Importancia del personal sanitario | 41 |
| 2.5.3. Diagnóstico de la violencia de género | 43 |
| 2.5.4. Prevención de la violencia de género | 49 |
| 2.6. Protocolo común de actuación sanitaria en violencia de género | 52 |
| 2.6.1. Actuación en atención primaria-especializada | 57 |
| 2.6.1.1. Detección, identificación y valoración de la situación de maltrato | 61 |
| 2.6.1.1. A. Detección del problema "Indicadores de sospecha" | 62 |
| 2.6.1.1. B. Identificación del problema "entrevista | |

| | |
|---|------------|
| clínica” | 71 |
| 2.6.1.1. C. Valoración de la situación | 74 |
| 2.6.1.2. Modelos de intervención | 78 |
| 2.6.2. Actuación en urgencias | 83 |
| 2.6.3. Actuación en agresiones sexuales | 86 |
| 2.7. Actuación médico-legal | 90 |
| 2.7.1. Documentación médico- legal en violencia de género..... | 93 |
| 2.7.1.1. Parte de lesiones en violencia de género | 96 |
| 2.7.1.1. A. Características especiales | 97 |
| 2.7.1.1. B. Responsabilidad médica | 98 |
| 2.7.1.1. C. Actuación tras emisión de parte de lesiones | 99 |
| 2.7.1.1. D. Tramitación posterior | 100 |
| 2.7.1.2. Criterios de calidad del parte de lesiones | 102 |
| 2.7.2. Unidades de valoración integral forense (UVFI) | 106 |
| 2.7.2. A. Actuación pericial forense | 107 |
| 2.7.2. B. Valoración forense integral | 108 |
| 2.7.2. C. Guía y manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica | 110 |
| 2.7.3. Valoración del riesgo en sede policial y judicial | 112 |
| 2.8. Traducción de la violencia doméstica en cifras | 115 |
| 2.8. A. Cifras de denuncias por violencia de género | 117 |
| 2.8. B. Cifras de víctimas mortales por violencia de género | 120 |
| III. OBJETIVOS | 123 |

| | |
|--|-----|
| IV. MATERIAL Y MÉTODO | 127 |
| 4.1. Diseño del estudio | 128 |
| 4.1. A. Selección muestra | 128 |
| 4.1. B. Duración del estudio | 129 |
| 4.2. Fuentes de datos | 130 |
| 4.3. Recogida de datos: cuestionario de variables | 132 |
| 4.4. Variables seleccionadas | 136 |
| a) Variables relacionadas con la víctima | 136 |
| b) Variables relacionadas con el agresor | 138 |
| c) Variables relacionadas con la denuncia y la agresión | 140 |
| d) Variables relacionadas con las lesiones y el informe forense | 143 |
| e) Variables relacionadas con el parte de lesiones.... | 145 |
| 4.5. Baremo de calidad de los partes de lesiones | 152 |
| 4.6. Análisis estadístico | 155 |
| V. RESULTADOS | 157 |
| 5.1. Descripción de la muestra: Frecuencias | 158 |
| 5.1.1. Resultados relacionados con las víctimas | 159 |
| 5.1.2. Resultados relacionados con los agresores | 165 |
| 5.1.3. Resultados relacionados con las circunstancias que rodean al maltrato y la denuncia | 170 |

| | |
|--|------------|
| 5.1.4. Resultados relacionados con las lesiones y el informe forense | 176 |
| 5.1.5. Resultados relacionados con los partes de lesiones | 180 |
| 5.2. Análisis de asociación entre variables: Tablas | |
| contingencia | 189 |
| 5.2.1. Nacionalidad de la víctima-V2 | 190 |
| 5.2.2. Nacionalidad del agresor-V13 | 195 |
| 5.2.3. Consumo de sustancias cuando sucede la agresión-V18 | |
| 5.2.4. Evaluación del riesgo-V25 | 203 |
| 5.2.5. Consumo habitual de sustancias -V17 | 205 |
| 5.2.6. Situación legal en España del agresor -V16 | 208 |
| 5.2.7. Procedencia parte de lesiones-V80 | 210 |
| 5.2.8. Hospital de procedencia parte de lesiones- V81..... | 219 |
| 5.2.9. Otras asociaciones de variables | 222 |
| 5.3. Análisis de calidad de los partes de lesiones | 224 |
| 5.3.1 Análisis descriptivo de la escala de calidad | 225 |
| 5.3.2 Análisis descriptivo del baremo de la escala de calidad | 231 |
| 5.3.3 Análisis de asociación entre variables | 234 |
| 5.4. Aplicación SPAD.N: análisis de tipologías | 240 |
| 5.4.1 Tipología de las lesiones de las víctimas | 241 |
| 5.4.2 Tipología de las denuncias | 247 |
| 5.4.3 Perfil biosocial de la víctima | 249 |
| 5.4.4 Perfil biosocial del agresor | 252 |

| | |
|---|------------|
| 5.4.5 Perfil del maltrato | 255 |
| 5.4.6 Análisis de asociación entre perfiles y tipologías..... | 261 |
| 5.5. Caracterización de variables | 265 |
| 5.5.1 Caracterización de los parte de lesiones según su origen | 266 |
| 5.5.2 Caracterización de las víctimas según su nacionalidad | 270 |
| 5.5.3 Caracterización de los agresores según su nacionalidad | 272 |
| 5.5.4 Caracterización de las agresiones en consumidores habituales de sustancias | 275 |
| 5.5.5 Otras caracterizaciones de variables | 276 |
| VI. DISCUSIÓN | 279 |
| - Víctima | 280 |
| - Agresor | 285 |
| - Maltrato-denuncia | 289 |
| - Lesiones víctima | 301 |
| - Partes de lesiones | 303 |
| VII. CONCLUSIONES | 311 |
| VIII. RECOMENDACIONES | 316 |
| IX. BIBLIOGRAFÍA | 320 |
| X. ANEXOS | 333 |
| -ANEXO I: Plan de seguridad | 334 |
| -ANEXO II: Modelos de partes de lesiones | 337 |
| -ANEXO III: Cuestionario de variables | 338 |

| | |
|--|-----|
| -ANEXO IV: Prototipo de modelo estándar de parte de lesiones en violencia de género | 343 |
|--|-----|

Agradecimientos

El principal objetivo de este capítulo de reconocimientos personales no es otro que poner nombre a todas aquellas personas e instituciones que con su palabra, aliento, dedicación, disponibilidad y apoyo, a lo largo de estos últimos años, han permitido que este trabajo saliera adelante. En este momento quiero agradecerles su entusiasmo por demostrar que en este mundo de relaciones difíciles hay espacio para que el amor en la vida sea una pasión insustituible y necesaria en cada persona.

Juan y Marisol, gracias por vuestra dedicación y guía, por brindarme desde el principio vuestro apoyo y tiempo, os habéis preocupado de mostrarme el camino en esta etapa de mi vida académica y profesional con increíble maestría.

A Pedro Cuesta, por su apoyo estadístico y por estar dispuesto a responder mis dudas y prestar su ayuda en todo momento.

Al Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria por acogerme desde el principio en mi labor investigadora, y en especial a la que ha sido como mi segunda casa en los últimos tres años, la Escuela de Medicina Legal, y a dos de sus miembros el Dr. Sánchez y el Dr. Santiago, que en mi primer día como residente de Medicina Legal y Forense, me animaron a acabar la residencia con la tesis leída, sin que lo supierais, fuisteis la semilla de este proyecto.

De un modo especial a "mis camaradas de la escuela", por tres años maravillosos en los que no sólo se ha compartido ciencia, sino momentos inolvidables. Que os quede claro que esto no acaba aquí.

A todas las instituciones que me han servido de apoyo, y me han facilitado la información necesaria para llevar a cabo este trabajo de investigación, con mención especial a la Oficina de Atención a las Víctimas de Coslada, al Ministerio de Igualdad y al Instituto de la Mujer, y por último al Juzgado de Violencia sobre la Mujer nº 8 de Madrid, que ha colaborado en facilitar la muestra.

Fuera del ámbito académico a mi familia; a mis padres por darme la oportunidad de crecer en un hogar en el que reinaba el amor y no la violencia, y por el cariño y ternura con el que siempre me han arropado; mamá gracias por enseñarme con tu ejemplo que los sueños cuando se persiguen se consiguen, y por todos los ánimos que me has dado durante esta labor investigadora. A mis hermanos, David y Natalia por su amor, y apoyo incondicional; Natalie gracias por toda esa alegría que me trasmites y por hacerme sentir tan especial. A mi abuelo Pepe, gracias por esa admiración que me profesas.

A mi segunda familia, por quererme siempre como a una hija, sobrina hermana y nieta.

A Hugo, por dibujarme una sonrisa al llegar a casa después de haber conocido grandes dramas estos últimos años y por haberme enseñado que las relaciones de pareja hablan más de amor que de violencia.

A todos mis amigos, pero de modo muy especial a Cristina, gracias por tus mimos y por ese último empujón sin el que este día no habría llegado; a Jani, por estar siempre ahí; a mis chicas, Ana, Silvia, Sandra y Mónica, por vuestra amistad eterna; a mis niñas Laura y Bego, gracias por vuestra confianza y fidelidad; a Juanma, por tu apoyo logístico y emocional en la recta final, gracias; a mis amigos de residencia de Medicina de Familia, aunque exista distancia os guardo en mi corazoncito; a mis compañeros del C.S Villa de Vallecas, a los que considero mi segunda

familia, y por supuesto a mi tutora Yolanda, que no sólo me transmitió conocimientos sino el valor de la amistad.

Por último, a todas las mujeres, sobre todo a las que han participado en este trabajo, porque son las auténticas protagonistas de este trabajo.

¡A todos, mil gracias!

I.INTRODUCCIÓN

1.1 La violencia contra las mujeres

A juzgar por la importancia dada a la violencia ejercida contra las mujeres en las últimas décadas parece que estemos ante un problema reciente, desgraciadamente nada más lejos de la realidad. La violencia de género es una de las formas de violencia con más siglos de historia, el problema radica en que hasta hace poco ha sido un tipo de violencia encubierta, incluso ignorada por la historia, llegando al extremo de que en los códigos civiles y penales diferenciaban claramente este tipo de violencia de otro ejercido desde fuera del territorio doméstico, y éste, era considerado de ámbito privado (Villavicencio, 1993). No se consideraba un problema social, de ahí que se fuera enraizando de forma silente en las distintas culturas y sea un problema tan difícil de erradicar (Lorente, 2001). Serán necesarios muchos años para desterrar los roles que la mujer se ha visto obligada a desempeñar a lo largo de la historia de las civilizaciones (Alcale, 2000).

En nuestro país la violencia de género ha sido el tipo de violencia que más atención social e institucional ha recibido en los últimos años, culminando entre otros, con medidas legislativas como la aprobación de

la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica, y la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género; así como del II Plan Nacional de Medidas contra la Violencia Doméstica 2001/2004, en el marco del Observatorio Nacional de la Violencia Doméstica y de Género.

El 22 de septiembre de 2004, el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobó la creación de la Comisión contra la Violencia de Género, que desde entonces desarrolla actividades conjuntas para conocer mejor la dimensión del problema y cómo abordarlo. Según acuerdo de la Comisión se crearon los siguientes Grupos de trabajo que comenzaron sus actividades específicas en mayo de 2006:

- Sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la violencia de género
- Protocolos y guías de actuación sanitaria ante la violencia de género
- Aspectos éticos y legales
- Evaluación de las actuaciones

Como fruto de estas actuaciones se puso en evidencia en el “Informe anual del observatorio estatal de violencia contra la mujer” la escasa implicación sanitaria, debida en parte a la pobre formación específica en ámbito sanitario, consecuencia de la poca prioridad dada al

tema hasta ese momento y al desconocimiento de otros recursos, así como a la dificultad de coordinación con otros servicios (Informe anual del observatorio estatal de violencia contra la mujer, 2007).

Como solución a este problema se promulga el Real Decreto 1030/2006, que establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el procedimiento para su actualización, "Plan Nacional de Sensibilización y Protección (2006-2008)", y más tarde en Marzo del 2007, se crea un protocolo de actuación en el ámbito sanitario, "Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género" que incluye entre sus objetivos, el establecer unas pautas de actuación homogéneas para conseguir una actuación integral (física, psíquica y social).

En este protocolo común de actuación, una pequeña parcela, es la que ocupa el parte de lesiones. Los centros de salud y hospitales suelen contar con un modelo normalizado de parte de lesiones, destinado al juzgado y específico para la atención de casos de violencia de género, en formato papel y digitalizado. Este procedimiento recoge los elementos importantes en la valoración clínica y médico-legal.

En este tema se ha centrado parte de esta investigación, en la evaluación de los partes de lesiones de violencia de género en base al protocolo común, analizando la calidad de los mismos.

Esta última medida de creación de un protocolo común de actuación sanitaria, ha supuesto un gran avance en la lucha contra la violencia de género, ya que es de vital importancia que en el maltrato se realice un abordaje integral de la situación, que nos permita tener un

mejor control y mayor conocimiento de la misma, y consecuencia de ello, un buen manejo.

Todas estas acciones llevadas a cabo han supuesto la puesta en marcha de un proyecto necesario y deseado por la sociedad ante las alarmantes cifras de violencia sobre la mujer ejercida por sus compañeros sentimentales, una situación insostenible que necesitaba una solución. Y es que la violencia de género no sólo genera problemas en el presente, sino que es un lastre en el futuro, ya que la violencia ejercida contra la mujer tiene unas repercusiones mucho mayores que el daño inmediato causado a la víctima. *"Tiene consecuencias devastadoras para las mujeres que la experimentan, y un efecto traumático para los que la presencian, en particular los niños"* como se refleja en el Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer (World Health Organization, 1999).

1.2 Justificación del trabajo

La necesidad y la importancia de realizar un abordaje integral en violencia de género es una de las causas que ha promovido este trabajo, con la intención de intentar conocer mejor el perfil biopsicosocial del maltrato, explorando situaciones de violencia de género, intentando conseguir establecer también un perfil del agresor y de la víctima.

Son muchos los estudios que han abordado este tema, intentando establecer el perfil del agresor (Echeburúa, 2004a; White y Gondolf, 2000; Maiuro y Avery, 1996; Madina, 1994), siendo una tarea difícil dada la dimensión del problema y sus implicaciones.

El conseguir una valoración integral del maltrato desde el punto de vista de la pericia médica en los casos de violencia doméstica ha sido otro de los objetivos perseguido por muchos estudios (Castellano, 2004) que reconocen que el poder conocer el perfil de personalidad de la víctima y del agresor, puede permitir comprender cómo surge la dinámica de la violencia y cuáles son los detonantes del comportamiento del maltratador, así como el nivel de riesgo que éste representa para la víctima, siendo obvio que esta valoración integral puede proporcionar al

juez, al fiscal y a los letrados una información rigurosa y objetiva sobre la que apoyar la mejor decisión para todos los implicados y las medidas a adoptar en cada caso.

En este sentido, nuestra Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, lo deja claro afirmando en su Exposición de Motivos¹ que *"la violencia de género se enfoca por la Ley de un modo integral y multidisciplinar..."*, por lo que desde el ámbito médico no se podría considerar el obviar este enfoque integral del problema.

En los últimos años se han realizado muchos y diversos trabajos científicos acerca de la violencia de género desde el punto de vista jurídico, social, médico o psicológico. Sin embargo, apenas hay estudios que traten la dimensión biopsicosocial del maltrato en conjunto, y menos la labor pericial médica en los partes de lesiones de las víctimas.

Si a ello le añadimos los resultados que reflejó el "I Informe anual del observatorio estatal de violencia contra la mujer"² en relación a la escasa implicación sanitaria, que justificó la elaboración del "Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género", parecía necesario abordar el problema de la labor pericial médica en violencia de género. De ahí que este trabajo quisiera valorar la actuación pericial médica en un período posterior al diseño del protocolo, como mero reflejo de la situación que se está viviendo.

1 Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

2 Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007. Madrid: MTAS

Desde la experiencia profesional de Médico Forense, esta investigadora había observado que en muchas ocasiones la labor pericial se veía comprometida por la baja calidad de los partes de lesiones que se emitían en los centros médicos donde había acudido la víctima, y muchas de las veces no dependía de la escasa implicación sanitaria, como reflejó el informe del observatorio estatal, sino que se debía a formatos de partes de lesiones que para nada se ajustaban a los requisitos formulados en el protocolo común de actuación sanitaria. Por ello se pretende con este trabajo analizar la situación e intentar proponer un formato de parte de lesiones común a todos los servicios sanitarios que se ajuste al máximo a los protocolos, y que facilite la labor de los médicos que atienden a las víctimas en primer lugar y que se ven obligados a dar parte de la situación a las autoridades judiciales.

Este trabajo no pretende ser una crítica de la actuación médica, sino de los formatos de los partes de lesiones que utilizan y ofrecen los distintos centros sanitarios a sus profesionales. Desde el conocimiento como médico asistencial esta autora manifiesta que es titánico el esfuerzo que hacen los médicos para elaborar los partes de lesiones de las víctimas, dada la presión asistencial a la que se ven sometidos y el incremento de demanda de partes de lesiones que han venido sufriendo en los últimos años.

II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 Violencia de género vs. Violencia doméstica

La violencia doméstica y de género se suelen considerar fenómenos unitarios, es frecuente utilizar de manera indistinta los términos, pero es un claro error de concepto (Corral, 2000).

En la Declaración de las Naciones Unidas sobre Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1993, se define la violencia de género, como *"cualquier acto de violencia basada en el género que produzca o pueda producir daños o sufrimientos físicos, sexuales o mentales en la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada"* (Naciones Unidad, 1994). En la Declaración se dice también, que la violencia contra la mujer abarca, entre otras, *"la violencia física, sexual y psicológica que se produce en el seno de la familia y en la comunidad en general, incluidas las palizas, el abuso sexual de niñas, la violencia relacionada con la dote, la violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales dañinas para la mujer, la violencia no conyugal y la violencia relacionada con la explotación, el acoso sexual y la intimidación"*

en el trabajo, en las instituciones educativas y en cualquier otro lugar, el tráfico de mujeres, la prostitución forzada y la violencia perpetrada o tolerada por el Estado", relacionando todas las formas de violencia descritas a desigualdades de poder entre hombres y mujeres.

En nuestro país, la Violencia de Género queda definida, de una forma más concreta, en la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, de la siguiente forma: *"Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión".* En relación a los actos de violencia, el artículo 1.3 de dicha Ley explicita: *"La violencia de género comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad"* (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral de Violencia de Género).

Por lo que podríamos considerar a la violencia doméstica como un tipo de violencia de género, definido por el sujeto activo del delito y el contexto en el que ocurre, así la violencia doméstica comprende cualquier acto de violencia llevado a cabo por quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo, conyugal, de pareja, paterno-filial o semejante con la víctima, pudiendo ser sujetos activos o pasivos tanto hombres como mujeres (Alberdi, 2002). Su referente jurídico se encuentra en el artículo 173.2 del Código Penal, que dice así *"El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya*

sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de dos a cinco años y, en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de uno a cinco años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica” (Código Penal, 1995).

La Unión Europea también sigue esta corriente, entendiendo por violencia doméstica aquel tipo de violencia, ya sea, física sexual y/o psicológica ejercida sobre la/el cónyuge o la persona que está o haya estado ligada al agresor por una relación de afectividad, o cualquier otro lazo familiar (Díaz-Aguado, 2002).

En el enfoque de la violencia doméstica existen dos corrientes, la *familiar* referida a cualquier agresión en el seno familiar, centrada en las

distintas formas de violencia que puedan darse entre los miembros de una familia y la *feminista* cuyo objeto de estudio es la violencia dirigida contra la mujer por su pareja (Johnson, 1995).

Labrador, en este sentido distingue entre violencia *familiar* y violencia *conyugal*, según se ejerza en el seno de la familia o de la relación de pareja (Labrador, 2004)

Sin embargo, los términos violencia de género y violencia doméstica se utilizan indistintamente con el objetivo de hacer referencia a la violencia ejercida por el cónyuge o pareja de la víctima, que usualmente se le denomina *violencia o maltrato de género, conyugal, familiar o doméstico*.

Las denominaciones y definiciones de la violencia ejercida sobre las mujeres por los hombres con los que tienen o han tenido una relación de afectividad, son múltiples y varían según diversos criterios y corrientes, aunque por mucho que traten de ser más correctos, exactos y precisos, la base es la misma y las definiciones no van a paliar el problema.

Por todo ello los términos no son equivalentes y no deberían ser utilizados indistintamente, siendo el concepto de violencia de género mucho más amplio que el de violencia doméstica (Tubert, 1999), pero dada la situación, el menor de los problemas es la terminología.

2.2 Categorías de violencia de género

La violencia de género no sólo incluye la que se considera la manifestación típica de la violencia que es la violencia física, sino que el término «Violencia de Género» recoge diversas expresiones de violencia. El Consejo de Europa (Recomendación Rec (2002) 5) realizó una clasificación en la que se distinguen varias categorías de violencia. Se consideran dentro de la violencia de género las siguientes categorías:

- *Violencia física*: se incluyen aquí todo tipo de agresiones corporales (empujones, golpes, ataques con armas, mordeduras, quemaduras, estrangulamientos, mutilaciones...).
- *Violencia sexual*: comprende cualquier actividad sexual no consentida (visionando o participación forzada en pornografía, relaciones sexuales obligadas, tráfico y explotación en la industria del sexo...).

- *Violencia psicológica*: concepto amplio que admite múltiples modalidades de agresión intelectual o moral (amenazas, aislamiento, desprecio, intimidación e insultos en público...).

- *Violencia económica*: entendida como desigualdad en el acceso a los recursos compartidos (negar el acceso al dinero, impedir el acceso a un puesto de trabajo, a la educación...).

-*Violencia estructural*: Término íntimamente relacionado con el de Violencia económica, pero que incluye barreras invisibles e intangibles contra la realización de las opciones potenciales de los derechos básicos de las personas. Se sustenta la existencia de obstáculos firmemente arraigados y que se reproducen diariamente en el tejido social (por ejemplo, las relaciones de poder que generan y legitiman la desigualdad).

- *Violencia espiritual*: concepto comprensivo de aquellas conductas que consisten en obligar a otra persona a aceptar un sistema de creencias cultural o religioso determinado, o dirigidas a erosionar o destruir las creencias de otro a través del ridículo o del castigo.

Aunque dichas expresiones no se encuentran descritas por el ordenamiento español, el Acuerdo del Pleno del Consejo General del

Poder Judicial de fecha 21 de marzo de 2001³ sí que recoge la clasificación del Consejo de Europa, e incluye dentro del ámbito del delito de violencia habitual las violencias físicas, psíquicas, sexuales.

Una nueva categoría que está adquiriendo cada vez más importancia, es la violencia cibernética o "ciberviolencia de género", como lo denomina esta investigadora. Para avalarlo hay un dato esclarecedor, si se escribe mujer en un buscador, la mayor cantidad de páginas que aparecen son pornográficas. De este modo, el uso, consumo y circulación de los cuerpos sexualizados de las mujeres suscribe la organización y reproducción del orden social, considerando el cuerpo como objeto y su sexo como mercancía, mostrando a una mujer cosificada y manipulable (Federación de Mujeres Progresistas, 2009). En esta categoría se incluirían los acosos y manipulaciones que se realizan en la red, mediante páginas de contactos, y comunidades de encuentros, en los que el agresor ejerce una violencia psíquica sobre su víctima. Como ejemplo de ello se puede citar el caso de un hombre que, para vengarse de su mujer, puso su imagen en Internet transformándola en actriz sadomasoquista.

Con Internet asistimos pues al nacimiento de nuevas formas de violencia contra la mujer.

³ Acuerdo donde se establecieron los criterios de actuación orientativos a los jueces y Tribunales en el tratamiento de los malos tratos.

2.3 Consideraciones histórico-sociales de la violencia contra la mujer

Pese a las acciones puestas en marcha por los poderes políticos para resolver las discriminaciones de género y promover la igualdad entre hombres y mujeres en las últimas décadas, hay que considerar que desde el punto de vista histórico la violencia contra las mujeres no ha suscitado interés social ni jurídico debido al papel reservado tradicionalmente para la mujer. Prueba de ello es el tratamiento cultural y legal que históricamente se le ha dado.

Durante la Edad Media la cuestión no se centraba en si la violencia era o no aceptable (Bonino, 1996), sino que lo importante era conocer el grado de ésta que estaba permitido sobre la mujer.

En el siglo XVII los tribunales comenzaron a considerar como indeseable la extrema brutalidad y la violencia contra la mujer, aunque se admitía que el esposo tenía el derecho a corregir a su cónyuge (Sarasua, 2000).

Durante el siglo XIX, en Estados Unidos, los tribunales se abstenían de reconocer el maltrato conyugal, salvo que se produjera grave daño corporal (Sanmartin, 2000).

Los avances a partir del siglo XX han sido numerosos, el año 1975 supuso un hito determinante en este ámbito puesto que a partir de entonces se comenzaron a buscar soluciones globales y mundiales para las mujeres (Informe mundial sobre la violencia y la salud, WHO, 2003). Ese año tuvo lugar la «I Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Méjico» en la que se señaló como objetivo principal de la educación social enseñar a respetar la integridad física de la mujer. Se determinaron además, tres objetivos prioritarios: igualdad, desarrollo y paz, y, entre sus conclusiones, se declaró que el cuerpo humano, sea de hombre o de mujer, era inviolable y el respeto por él un elemento fundamental de la dignidad y la libertad humana (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2000).

La Organización de las Naciones Unidas declaró la década 1976-1985 como «Decenio de Naciones Unidas para las Mujeres», durante la cual se llevó a cabo un gran esfuerzo internacional en la revisión de los derechos de las mujeres. No en vano, en 1980 se reconoció que la violencia contra la mujer era el crimen encubierto más frecuente en el mundo (Centro de Información de las Naciones Unidas, 2008).

El 18 diciembre de 1979 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la «Convención para la Eliminación de todas la Formas de Discriminación contra la Mujer» que constituye el instrumento internacional más importante para la promoción de los derechos y

libertades fundamentales de las mujeres (Naciones Unidas, 1994). Está fundamentada en la Carta de las Naciones Unidas y reafirma la confianza en los derechos fundamentales de la persona, en la dignidad y el valor del ser humano, y en la igualdad de derechos del hombre y de la mujer (Centro de Información de las Naciones Unidas, 2008).

Si bien a lo largo de sus treinta artículos se centra el interés en proponer medidas para abolir cualquier forma de discriminación o desigualdad entre sexos a nivel internacional, es cierto que ninguno de ellos menciona de forma específica las formas de violencia contra las mujeres ni el tratamiento propuesto para que los diferentes estados contribuyan a su eliminación. Sin embargo, su carácter vinculante y el hecho de que fuera ratificada por 150 países (hoy día vincula a 165 estados), la convierte en un documento marco jurídico básico para la erradicación de la discriminación por razón de sexo (García-Moreno, 1999).

Los avances posteriores en esta materia han considerado que todas las formas violentas derivadas de una situación de discriminación o desigualdad, tienen cabida en este documento y en las implicaciones que se desarrollan a partir de él a nivel legal, jurídico y social (Centro de Información de las Naciones Unidas, 2008).

Posteriormente se han organizado otras tres Conferencias Mundiales de la Mujer en Copenhague (1980), Nairobi (1985), y Pekín (1995).

Pese a los progresos que se habían alcanzado a raíz de la primera, la *Conferencia Mundial de la Mujer de Copenhague* (1980) reconoció que estaban comenzando a surgir señales de disparidad entre los derechos garantizados y la capacidad de la mujer para ejercer esos derechos. Para abordar esa inquietud, se evaluó el desarrollo del «Decenio para las Mujeres» y se aprobó un «Programa de Acción» para la segunda mitad del mismo. Concretamente, se establecieron tres esferas en que era indispensable adoptar medidas concretas y con objetivos precisos para que se alcanzaran las amplias metas de igualdad, desarrollo y paz, que ya habían sido determinadas por la Conferencia de Méjico. Esas tres esferas eran la igualdad de acceso a la educación, las oportunidades de empleo y servicios adecuados de atención de la salud. No se estableció ninguna medida concreta para abordar la violencia contra las mujeres, si bien la erradicación de ésta fue incluida en la implantación de medidas para lograr la igualdad.

En la tercera conferencia, *Conferencia Mundial de la Mujer de Nairobi* (1985) se revisaron los logros de Naciones Unidas y se aprobaron las estrategias orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer entre 1986 y 2000 con el fin de mejorar su situación en el mundo en cuanto a la igualdad, desarrollo y paz (Fundación Isis Internacional, 2006).

El documento presentaba una serie de medidas encaminadas a lograr la igualdad de mujeres y hombres a escala nacional, dentro de cada país. Los gobiernos debían establecer sus propias prioridades, sobre la base de sus políticas de desarrollo y su potencial de recursos. Se

identificaron tres categorías básicas de medidas que constituyeron las llamadas “Estrategias de Nairobi”:

- 1) Medidas constitucionales y jurídicas
- 2) Igualdad en la participación social
- 3) Igualdad en la participación política y en la adopción de decisiones.

Estas tres medidas básicas incluían, un amplio abanico de temas, desde el empleo, la salud, la educación y los servicios sociales hasta la industria, la ciencia, las comunicaciones y el medio ambiente. Además, se propusieron directrices para la adopción de medidas a escala nacional con miras a fomentar la participación de la mujer en la promoción de la paz, así como a prestar asistencia a la mujer en situaciones especiales de peligro.

Entre ésta y la cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, se celebró en 1993 la *Conferencia Mundial de Derechos Humanos* en Viena, en la que se reafirmó que todos los derechos humanos tienen su origen en la dignidad y el valor de la persona y que ésta es el objeto central de aquéllos y de las libertades fundamentales. Se reconoció que los derechos humanos de la mujer y la niña son parte integrante e indivisible de los derechos humanos universales, considerándose incompatible con los mismos la violencia y todas las formas de acoso y explotación sexual, en particular, las derivadas de prejuicios culturales y de trata internacional de personas. En ella se instó a los gobiernos, a las

instituciones intergubernamentales y a las organizaciones no gubernamentales a intensificar sus esfuerzos a favor de la protección y promoción de los derechos humanos de la mujer y la niña. Además subrayó en especial, la importancia de la labor destinada a eliminar la violencia contra la mujer en la vida pública y privada, erradicando prejuicios sexistas (Centro de Información de las Naciones Unidas, 2008).

La *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer*, celebrada en Pekín en 1995, aprobó la «Declaración de Pekín» y una Plataforma de Acción.

La «Declaración de Pekín» comprometió a los gobiernos a impulsar, antes del término de siglo XX, las estrategias acordadas en Nairobi en 1985 y a movilizar recursos para la realización de la Plataforma. Fue en este momento cuando se comenzó a hablar verdaderamente del inicio de un nuevo capítulo en la lucha por la igualdad entre los géneros (García-Moreno, 1999).

La «Plataforma de Acción de Pekín» es el documento más completo producido por una conferencia de Naciones Unidas con relación a los derechos de las mujeres, ya que incorpora lo acordado en conferencias y tratados anteriores, como la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, la *Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer* (CEDAW) y la *Declaración de Viena*. También reafirma las definiciones de El Cairo¹⁰ y añade un párrafo sobre Derechos Humanos en general. Además, se identifican doce

esferas de especial preocupación que se considera que representaban los principales obstáculos al adelanto de la mujer y que exigen la adopción de medidas concretas por parte de los gobiernos y la sociedad civil. Estos son:

- 1) la mujer y la pobreza
- 2) la educación y la capacitación de la mujer
- 3) la mujer y la salud
- 4) la violencia contra la mujer
- 5) la mujer y los conflictos armados
- 6) la mujer y la economía
- 7) la participación de la mujer en el poder y la adopción de decisiones
- 8) los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer
- 9) los derechos humanos de la mujer
- 10) la mujer y los medios de comunicación
- 11) la mujer y el medio ambiente
- 12) la niña.

La transformación fundamental que se produjo en Pekín fue el reconocimiento de la necesidad de trasladar el centro de la atención de la mujer al concepto de género, reconociendo que toda la estructura de la sociedad, y todas las relaciones entre los hombres y las mujeres en el interior de esa estructura, tienen que ser reevaluadas (Naciones Unidas, 1995). Únicamente mediante esa reestructuración fundamental de la sociedad y sus instituciones sería posible potenciar plenamente el papel

de la mujer para que ocupe el lugar que le corresponde como participante en pie de igualdad con el hombre en todos los aspectos de la vida.

Este cambio representó una reafirmación clara de que los derechos de la mujer eran derechos humanos y de que la igualdad entre los géneros era una cuestión de interés universal y de beneficio para todos.

En el año 2000 la Asamblea General de Naciones Unidas convocó un período extraordinario de sesiones para examinar el progreso alcanzado en los cinco años transcurridos desde la aprobación de esta Plataforma de Acción de Pekín, y los quince desde las Estrategias de Nairobi. Se celebró en Nueva York, bajo el lema *"La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz en el siglo XXI"*.

Con respecto a la esfera concreta de la violencia contra la mujer planteada en la Plataforma de Acción de Pekín, se analizaron logros y obstáculos para erradicarla (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2000). Cabe destacar el avance logrado al asumir la violencia contra las mujeres como una cuestión de derechos humanos y la necesidad de implicación de los propios estados para prevenirla o combatirla, y favorecer la educación para las relaciones pacíficas (Larizgoitia, 2006). Igualmente, se incide en el logro alcanzado de la erradicación de prácticas tradicionales peligrosas en muchos lugares del mundo, aunque se mantienen como obstáculos las actitudes

socioculturales discriminatorias que favorecen la subordinación de la mujer.

A pesar de los numerosos avances investigadores, hay conciencia de que todavía son necesarias más iniciativas que contribuyan a conocer bien cuáles son las consecuencias de la violencia, los modos de impedirla, y el necesario aporte de medidas jurídicas y legislativas. Se tiende también a lograr un sistema de intervención coordinado y multidisciplinar.

Finalmente, en 2005 se desarrolló en Bruselas la revisión de la Plataforma de Pekín+10 según la aplicación de las medidas en la Unión Europea (UE). La que condujo esta evaluación fue la «Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer» de la ONU. Como objetivos concretos se establecieron:

- 1) adoptar medidas integradas para prevenir y eliminar la violencia contra la mujer
- 2) estudiar las causas y las consecuencias de la violencia contra la mujer y la eficacia de las medidas de prevención
- 3) eliminar la trata de mujeres y prestar asistencia a las víctimas de la violencia derivada de la prostitución y la trata de mujeres.

De igual forma, se revisaron todas aquellas reuniones y conferencias en este ámbito, la política, legislación, programas y proyectos de la UE y los logros y obstáculos de este periodo.

Día a día se sigue trabajando a nivel mundial para ir limando las diferencias, y para conseguir que poco a poco haya menos rincones en el mundo donde no se sigan las medidas adoptadas en Méjico,

Copenhague, Nairobi y Pekín para la implantación de un modelo más igualitario y no violento para las mujeres en el mundo.

2.4 El derecho español frente a la violencia de género

En España, antes de la recuperación de la democracia en 1977, el marco legal de la violencia ejercida contra las mujeres estaba diseñado sobre una base en la que predominaban las desigualdades entre sexos, en las que las mujeres carecían de los mismos derechos que los hombres.

Tras revisar los códigos penales que fueron estando vigentes durante esos años, se destaca como ejemplo una ley vigente en 1962 en relación con el adulterio, en la que se castiga con la pena del destierro al hombre que sorprendiera en adulterio a su mujer y causara daño o muerte a alguno de los adúlteros, y a la mujer adúltera con una pena de seis años de cárcel. Al hombre se le consideraba adúltero sólo si la adúltera estaba en la casa o era manifiesto en el exterior (Falcón, 1991).

En 1979 se derogaron estos preceptos, siendo la despenalización del adulterio uno de los acuerdos alcanzados en los Pactos de la Moncloa.

El Código Penal que estaba vigente en aquella época era el de 1944 que fue experimentando numerosas reformas a lo largo de los años, llegándose a publicar un texto revisado en 1963 y otro refundido

en 1973, así como modificaciones inspiradas en el nuevo sistema democrático, previstas en los Pactos de la Moncloa y una copiosa legislación en materia de terrorismo. Estas reformas culminaron en la Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio⁴, de reforma urgente y parcial del Código Penal. Nuevas reformas se produjeron en 1985 en materia de delitos contra la Hacienda Pública, o contra la Seguridad Social; despenalización de algunos supuestos de aborto, combinando el sistema de plazos y el de indicaciones y en 1988 con la modificación de los delitos relativos al tráfico de drogas y la sustitución del delito de escándalo público por los de exhibicionismo y provocación sexual.

La reforma más importante desde el punto de vista de la materia que nos interesa fue la Ley Orgánica 3/1989 de actualización del Código Penal que supuso una reforma del Libro III acorde con el principio de intervención mínima⁵, modificándose además el delito de lesiones, los delitos contra la libertad sexual, delitos de tráfico, e introduciéndose nuevos tipos como el delito de malos tratos habituales, impago de pensiones o explotación de menores en la mendicidad (Garrido, 2001). Se consideró esta última reforma como un parche más, que seguía retrasando la publicación de un nuevo Código Penal, el llamado Código Penal de la Democracia, totalmente adecuado al Estado social y democrático instaurado por la vigente Constitución, aspiración finalmente cumplida con la publicación del nuevo Código penal de 1995 (Lanzos, 2001).

⁴Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, de reforma urgente y parcial del Código Penal

⁵ Ley Orgánica 3/1989 de actualización del Código Penal

En medio de todas estas reformas legislativas, en diciembre de 1978 se promulgó nuestra actual Constitución, instrumento que ayudó con los trámites para comenzar a enterrar las grandes injusticias y desigualdades existentes entre sexos. Por primera vez en nuestro país, se superó el mero reconocimiento de la igualdad formal entre hombres y mujeres, y se configuró como valor superior del Ordenamiento, introduciendo el deber de actuar de los poderes públicos para hacer efectiva la igualdad real entre unos y otras, sin embargo, no supuso la automática expulsión de nuestro Ordenamiento de los desvalores androcéntricos incorporados al mismo ni la inmediata criminalización de ninguna de las diferentes violencias específicas que se ejercitan contra las mujeres (Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, 2007).

Como ya hemos mencionado, hubo que esperar once años después de promulgada la Constitución para que se incorporase al Código Penal la primera referencia a una de las manifestaciones de estas violencias. Así, la Ley Orgánica 3/1989, introdujo un nuevo artículo⁶, que castigaba la violencia física ejercida habitualmente sobre *«el cónyuge o persona con la que el autor estuviera unido por análoga relación de afectividad, sobre las hijas o hijos sometidos a potestad o sobre pupilas, pupilos, menores o incapaces sometidos/as a tutela o guarda de hecho»*. La pena prevista era la de arresto mayor (de uno a seis meses de privación de libertad). Además de la referencia a la idea de habitualidad del maltrato, se cometió un error al considerar sólo la violencia física,

⁶ Artículo 425, de la Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal.

dejando fuera del marco penal un gran porcentaje de acciones violentas que tienen lugar en el ámbito familiar. Quedaba claro que los autores, al igual que las víctimas, podían ser hombres y mujeres. No sanciona ni distingue específicamente, la violencia ejecutada por hombres contra mujeres, pese a haber sido reconocida por el Tribunal Constitucional cinco años antes, y adoptando un diferente tratamiento desde el sistema de justicia penal frente a la violencia que podía producirse en el ámbito de la pareja, en función de quién fuera el autor y la víctima, basándose en la ausencia como fenómeno social de los malos tratos al hombre por parte de la mujer⁷.

No obstante este nuevo tipo penal resultó inaplicado durante muchos años, manteniéndose en la mayoría de los casos las acusaciones como faltas, con un resultado de impunidad en más de un 80% de los casos (Calvo García, 1999). Esto supuso una pérdida de confianza en la Administración de Justicia por parte de las víctimas y de la sociedad, lo que justificó las reformas legislativas que se sucedieron.

Así la Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, el llamado Código Penal de la Democracia, incorporó al artículo 425 de la Ley Orgánica 3/1989 antes mencionado, nuevos sujetos pasivos a las y los ascendientes, trasladándolo al artículo 153 del nuevo código (Boletín Oficial del Estado (BOE) 281, 1995).

La Ley orgánica 14/1999, de 9 de junio, modificó el precepto mencionado, incluyendo la violencia psíquica habitual como forma de violencia, y abarcando como delito las conductas ejecutadas contra

⁷ Auto 691/84, de 14 de noviembre, del Alto Tribunal, en su Fundamento Jurídico Tercero.

personas con las que el agresor hubiera tenido con anterioridad una relación afectiva de pareja. Además se incluyeron medidas de protección y alejamiento, haciendo referencia por primera vez a límites de aproximación y comunicación con la víctima o su familia (BOE 138, 1999).

Con posterioridad, la Ley 38/2002, de 24 de octubre, introdujo reformas procesales para conseguir el rápido enjuiciamiento de determinados delitos y faltas, incluidos los vinculados a la violencia doméstica, posibilitando en los casos en los que la instrucción resultara sencilla el enjuiciamiento de los mismos y el dictado de sentencias de conformidad, dentro de los 15 días posteriores a la ejecución de los hechos (BOE 258, 2002).

Casi un año más tarde, se conseguiría un paso importante, ya que en la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica, se introduciría por primera vez la diferencia entre la violencia de género en las relaciones de afectividad y otras violencias intrafamiliares, y se reclama además la coordinación entre todos los sectores públicos y la sociedad para conseguir su erradicación. Queda claramente señalado en la Exposición de Motivos de dicha ley: *«La violencia ejercida en el entorno familiar, y, en particular, la violencia de género, constituye un grave problema de nuestra sociedad que exige una respuesta global y coordinada por parte de todos los poderes públicos. La situación que originan estas formas de violencia trasciende el ámbito meramente doméstico para convertirse en una lacra que afecta e involucra a toda la ciudadanía»* (BOE 183, 2003).

En ese mismo año, la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, refleja el alcance pluridisciplinar del fenómeno de la violencia de género, y la necesidad de abordar el problema con medidas preventivas, asistenciales y de intervención social a favor de la víctima, además de con medidas incentivadoras de la investigación y legislativas⁸. Además con esta ley el anterior delito de violencia física o psíquica habitual en el ámbito de la violencia doméstica del artículo 153 del Código Penal pasaba ahora a ubicarse como delito contra la integridad moral, en el nuevo artículo 173.2 del Código Penal. Se ampliaron las penas, y el marco de protección, incluyendo además de los sujetos pasivos contra los que podía ir dirigida la conducta prevista, pasando a incluir a hermanos, hermanas, a otras personas amparadas en cualquier otra relación por la que se encontraran integradas en el núcleo de su convivencia familiar o a otras personas que por su especial vulnerabilidad se encontraran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados (BOE 234, 2003).

La posterior Ley Orgánica 13/2003, de 24 de octubre, de reforma de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en materia de prisión provisional, permitió la adopción de la medida cautelar de prisión provisional para estos delitos, incluso aún cuando el delito presuntamente cometido estuviera castigado con pena inferior a dos años, que pasó a constituir el nuevo límite temporal de referencia para acordar la medida cautelar,

⁸ Ley orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros

cuando tuviera como finalidad evitar que el imputado actuase contra bienes jurídicos de la víctima (BOE 257, 2003).

Por su parte, la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, de reforma del Código Penal, introdujo, como principal novedad en esta materia, en los delitos de violencia doméstica, la imposición obligatoria de la pena accesoria de prohibición de aproximación a la víctima (BOE 283, 2003).

Con el objetivo de conseguir una mejor protección de las víctimas el Real Decreto 355/2004, de 5 de marzo, creaba el Registro Central para la protección de las víctimas de la violencia doméstica, centralizando en un solo registro la información sobre la totalidad de penas y medidas de seguridad impuestas en esta materia por sentencias, así como de medidas cautelares, incluyendo órdenes de protección, adoptadas en el curso de un procedimiento penal, posibilitando su uso por jueces, fiscales y policía judicial (BOE 073, 2004). Posteriormente por Real Decreto 315/2005, se ampliaría el acceso al Registro a las Comunidades Autónomas.

En este contexto nace la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Entre las medidas a las que hace referencia el título de esta ley se encuentra la constitución del «Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer», como órgano colegiado adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, configurado como centro de análisis de la situación y evolución de la violencia contra las mujeres en el ámbito de las relaciones de pareja o ex pareja, así como contra sus hijos e hijas, con la

función, entre otras, además, de asesorar y colaborar con la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer en la elaboración de propuestas y medidas para erradicar este tipo de violencia (BOE 313, 2004). Las funciones, su régimen de funcionamiento y la composición de dicho órgano quedarían establecidas por el Real Decreto 253/2006, de 3 de marzo. El ámbito de la Ley abarca tanto los aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las víctimas, como la normativa civil que incide en el ámbito familiar o de convivencia donde principalmente se producen las agresiones, así como el principio de subsidiariedad en las Administraciones Públicas. Igualmente se aborda con decisión la respuesta punitiva que deben recibir todas las manifestaciones de violencia que quedan reguladas por esta Ley.

2.5 Violencia doméstica, problema mundial y de salud pública

El conjunto de datos recogidos de los diferentes estudios revisados, indican que la violencia doméstica es un problema de gran importancia y dimensión mundial, que puede encontrarse en una amplia variedad de circunstancias (Krug, 2002, Krantz, 2005). Ejemplo de ello son las cifras recogidas, en el *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OMS*⁹, de estudios efectuados en Australia, Canadá, Estados Unidos, Israel y Sudáfrica que revelan que en 40% a 70% de los asesinatos de mujeres las víctimas fueron asesinadas por su esposo o novio, a menudo en el contexto de una relación de maltrato.

Otro ejemplo de la magnitud del problema son los resultados del estudio llevado a cabo en Australia sobre la dimensión de la violencia doméstica (Hegarty, 2000), en el que se refleja que en dicho país es uno de los grandes problemas de salud pública, confirmando que 129,2 mujeres de cada 100.000, sufren lesiones por violencia doméstica, según

⁹ Informe mundial sobre la violencia y la salud, DE LA WHO. Capítulo 4: Violencia en la pareja. 2003 Implementación de las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud, WHA56.24

los registros del servicio de admisión de urgencias hospitalarias, y se hace referencia a que en Australia se solicitan 20.000 órdenes de protección al año.

Todo ello ha llevado a la Organización Mundial de la Salud, a pronunciarse acerca de que la violencia contra las mujeres, es uno de los problemas de salud más importantes por su creciente incidencia y mortalidad (World Report on violence and Health, 2002). En este sentido la *49ª Asamblea Mundial de la Salud*, en su «Resolución WHA49.25», reconoció las graves consecuencias inmediatas y futuras a largo plazo que la violencia tiene para la salud y para el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades y los países, y declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo, e instó a los Estados Miembros que evaluaran el problema de la violencia en sus territorios, y comunicaran a dicha Organización, la información que dispongan sobre este problema y su manera de afrontarlo. Por lo que desde 1997 existe un mandato de la Unión Europea para recoger, elaborar y publicar anualmente los datos sobre la violencia contra las mujeres en cada uno de los países miembros. En nuestro país queda recogido en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. A los efectos de dar cumplimiento al mandato legal contenido en el artículo 30 de dicha ley, el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer emite un Informe Anual sobre la evolución de la violencia de género. También ha quedado fijada la posición y estrategia de los representantes de la ciudadanía de la Unión Europea, en el programa de

acción comunitario¹⁰ (2004-2008) para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre la infancia, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y los grupos de riesgo (*Programa Daphne II*)

¹⁰ Aprobada por la Decisión n.º 803/2004/CE del Parlamento Europeo

2.5.1 Consecuencias sobre la salud de la víctima

No hay duda de que la violencia de género supone un importante problema de salud, y las consecuencias que tiene para la misma, son de gran magnitud (Ver Tabla #1).

La violencia ejercida sobre las mujeres no sólo afecta a la esfera física sino también a la esfera psicológica y social. La influencia sobre la salud física de la mujer no sólo tiene un componente agudo, el hecho traumático aislado con sus lesiones desencadenantes, sino que tiene un componente de cronicidad importante mermando de forma llamativa la salud de la mujer a largo plazo (Larrión Zugasti, 2000). Una parcela importante de la salud física de la mujer la componen los trastornos sobre la esfera sexual, el hecho de verse sometida a relaciones sexuales forzadas por su pareja conlleva patologías ginecológicas importantes, además de patologías obstétricas cuando el maltrato tiene lugar en mujeres gestantes.

La esfera psicológica de la mujer se ve muy afectada en el maltrato. Entre otros condicionantes se encuentra que a lo largo del proceso de la

| Tabla 1: Consecuencias de la Violencia de género en la salud de la mujer |
|---|
| CONSECUENCIAS FATALES |
| <ul style="list-style-type: none"> • Muerte (por homicidio, suicidio, etc.) |
| CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA |
| <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras,... que pueden producir discapacidad • Deterioro funcional • Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas) • Empeoramiento de su salud |
| CONSECUENCIAS EN CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dolor crónico • Síndrome del intestino irritable • Otros trastornos gastrointestinales • Quejas somáticas |
| CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA |
| <ul style="list-style-type: none"> • Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado... • Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer... |
| CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA |
| <ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad • Trastornos del sueño • Trastorno por estrés postraumático • Trastornos de la conducta alimentaria • Intento de suicidio • Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos |
| CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Pérdida de empleo • Absentismo laboral • Disminución del número de días de vida saludable |
| CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LAS HIJAS E HIJOS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de alteración de su desarrollo integral • Sentimientos de amenaza • Dificultades de aprendizaje y socialización • Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras • Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas • Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre • Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia • La violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella |

Reproducción de Protocolo Común de Actuación Sanitaria contra Violencia de Género, 2007.

violencia la mujer sufre una pérdida progresiva de autoestima, y pierde también las esperanzas de cambio de la situación, aumentando la sumisión y el miedo hacia el agresor, situación que le hace ser especialmente vulnerable para sufrir trastornos relacionados con el ánimo, con el sueño, y con la conducta alimenticia. Llegando a presentar problemas de abuso de alcohol, psicofármacos y drogas, en busca de alivio de su situación (Golding, 1999).

Consecuencia de una salud física y psicológica deteriorada, la esfera social de la mujer también se ve dañada, llevándola a situaciones de aislamiento y problemática laboral que empeoren su situación, y haciendo de la situación un círculo vicioso difícil de romper (Matud Aznar, 2004).

Lógicamente el detrimento de la salud de la mujer y la violencia generada en el ámbito familiar influye sobre la salud de los hijos, no sólo de forma indirecta sino en ocasiones de forma directa siendo víctimas del mismo agresor.

Todo ello conlleva a que la víctima se encuentre en una situación de peligro que ha de ser detectada por los profesionales sanitarios que le prestan asistencia, de ahí la gran importancia de los protocolos de actuación sanitarios y la formación de los profesionales sanitarios en la materia.

2.5.2 Importancia del personal sanitario

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de las mujeres en algún momento de su vida entran en contacto con ellos (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.) pudiendo detectar de forma indirecta una situación de maltrato o de una forma directa cuando las consultas médicas se derivan de la afectación de la salud secundaria a los malos tratos sufridos, de forma inevitable las mujeres maltratadas suelen acudir más a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental (Plazaola-Castaño, 2008a).

Las características de este tipo de violencia requieren de la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios que deberá ser consciente en todo momento de que el abordaje y la resolución de las consecuencias de la violencia deben comenzar con la detección del problema, pero que las víctimas no suelen manifestar ni hablar de su situación espontáneamente (Blanco Prieto, 2002). Es

frecuente que la mujer sienta miedo, vergüenza, que adopte una situación de minimizar la gravedad y peligrosidad de su situación, suelen resistirse a reconocerlo y pueden llegar a autoculparse. Ello implica que es una situación de gran delicadeza en la que la formación del personal sanitario se hace necesaria e imprescindible.

En muchas ocasiones se requiere de intervenciones interdisciplinarias con profesionales que no siempre se encuentran en el centro sanitario donde se presta la asistencia, por lo que se hace necesaria la coordinación entre todas las instituciones implicadas con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones (Jiménez Casado, 1999). De ahí deriva la importancia de la existencia de protocolos de actuación sanitaria común, y no sólo es determinante el hecho de que estos protocolos de actuación sanitaria existan, sino que tiene casi o más trascendencia el conocimiento de los mismos, y su puesta en marcha.

2.5.3 Diagnóstico de la violencia de género

Complica aún más si cabe la labor a desempeñar por el profesional sanitario, el hecho de que resulta difícil identificar situaciones de maltrato cuando no existen lesiones físicas. El objetivo fundamental ante una situación de sospecha sería intentar profundizar mediante una relación terapéutica en aquellos elementos psicosociales que tienen que ver con la forma y el estilo de vida de la víctima, con sus problemas y su situación familiar, y así poder obtener una aproximación al diagnóstico (Vázquez, 1999). La detección de la situación de violencia por parte del personal sanitario predispondrá a la ruptura del silencio por parte de la víctima, lo que supone un primer paso para el abordaje del problema. Es de máxima importancia el reconocimiento de una situación de violencia, por parte de las instituciones sanitarias, y más de la labor médica, ya que el no reconocimiento de una situación de maltrato como condicionante de un problema de salud por figuras dotadas de cierta “autoridad social” como es el personal sanitario, puede conllevar una nueva victimización para la mujer que significaría una contribución a la cronificación del maltrato y a la medicalización del problema,

enmascarando situaciones de maltrato bajo diagnósticos erróneos de situaciones patológicas derivadas del mismo (Fernández Alonso, 2003). Para facilitar esta situación la OMS incluye en su Informe mundial sobre la violencia contra las mujeres unas recomendaciones con las funciones mínimas a desarrollar en este tema desde los sistemas sanitarios, se resumen en:

- Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
- Ofrecer atención sanitaria y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
- Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.

- Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

Identificar la violencia de género no es una labor fácil para el personal sanitario. Son muchos los factores que influyen en esta complicada tarea (Ver Figura #1), no sólo existen limitaciones desde el punto de vista de la víctima, sino que en el ámbito sanitario y en el contexto de la consulta son muchas las dificultades que se presentan, que se suman a la complejidad en sí que la situación supone para el profesional sanitario.

En relación a la mujer, en ocasiones ocurre que ni ella misma es capaz de identificar el maltrato, no es consciente de su situación y le cuesta identificar el peligro y su deterioro, máxime cuando las lesiones no son evidentes como en el maltrato físico, sino que son situaciones que se van instaurando de forma silente deteriorando poco a poco su salud como ocurre en el maltrato psicológico (Plazaola-Castaño, 2008b).

Entre las dificultades que surgen en la identificación de la violencia por parte de la mujer se encuentran las siguientes (Protocolo Común de Actuación Sanitaria contra Violencia de Género, 2007):

- Miedos: no sólo a su pareja, sino a no ser comprendida, y ser culpabilizada, así como miedo a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de rehacer su vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, que el proceso de la denuncia y separación conlleva.
- Baja autoestima que suele presentar la mujer maltratada

- Presentar alguna discapacidad o limitación, ser inmigrante, vivir en el mundo rural o en situación de exclusión social, en el que la mujer se encuentra marginada y con pocos recursos, teniendo dependencia económica de su agresor y encontrarse fuera del mercado laboral
- La vergüenza y la humillación que supone el reconocimiento de ser mujeres maltratadas
- Deseo de proteger a la pareja, muchas veces por el deseo de protección de los hijos en común
- Resistencia a reconocer lo que le está pasando, minimización del problema
- Aislamiento y falta de apoyo social y familiar
- Valores y creencias culturales que les hacen creer que han de tolerar determinadas circunstancias ya que si la sociedad las ha tolerado, ellas también
- Están acostumbradas a ocultarlo
- El trauma físico y psíquico las mantiene inmovilizadas, desconcertadas, alienadas, impidiéndolas actuar

En relación a las dificultades que surgen en el contexto de la consulta se encuentran entre otras:

- La falta de privacidad e intimidad, empeorada por la situación de la presión asistencial que se da en los servicios sanitarios
- En ocasiones la dificultad en la comunicación, hecho cada día más frecuente en el caso de las mujeres inmigrantes.

- La mujer suele acudir acompañada de su agresor, situación que complica bastante el diagnóstico

Por parte del personal sanitario, las limitaciones y dificultades en la identificación del problema no son menores:

- El problema más grave es no considerar la violencia de género como un problema de salud, error que bloquea desde el inicio la posible identificación de una situación de maltrato
- Creencia de que la violencia no es un problema de salud frecuente
- Intento de racionalización de la conducta del agresor que en ocasiones, como es en el caso del médico de familia, el agresor es también paciente del mismo médico que la víctima
- Miedo a ofender a la víctima o a empeorar su situación al abordar el problema, poniendo a la mujer en una situación de mayor inseguridad y desprotección
- Desconocimiento de las técnicas de abordaje y estrategias a seguir para el manejo de estas situaciones
- Actitudes paternalistas que todavía se encuentran en la relación médico-paciente.

En el entorno sanitario el principal problema que surge es la falta de conocimientos y de coordinación entre los distintos recursos que existen en la materia, así como la ausencia de trabajo en equipo y la deficiente formación en violencia de género por parte del personal sanitario.

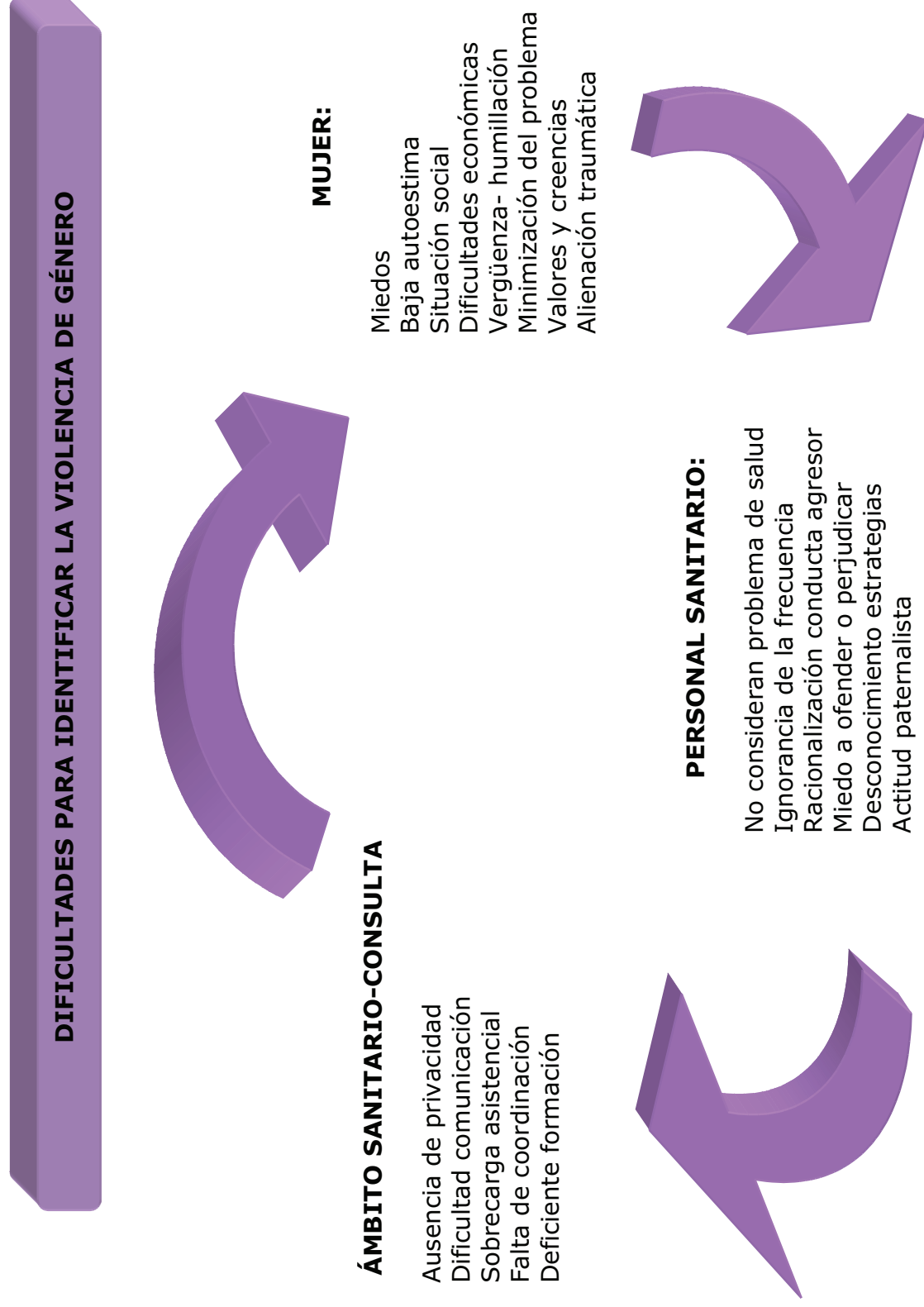


Figura 1

2.5.4 Prevención de la violencia de género desde el ámbito sanitario

La prevención de la violencia de género es fundamentalmente educativa y social, ya que está producida por convicciones muy arraigadas tanto a nivel cultural como educacional. Pero también desde los servicios sanitarios es fundamental llevar a cabo actividades para colaborar en la prevención de este tipo de violencia, no sólo enfocado a la comunidad, sino también a los profesionales para realizar un diagnóstico temprano de una situación que puede tener consecuencias dramáticas (Fernández Alonso, 2002).

Estas actividades preventivas pueden agruparse en cuatro áreas (Protocolo Común de Actuación Sanitaria contra Violencia de Género, 2007):

1. Formación del profesional en materia preventiva:

- Inclusión de cursos en la formación continuada del personal sanitario, en materia de prevención, detección precoz y atención integral.

- Sesiones clínicas multidisciplinarias en base a casos clínicos reales
- Sesiones docentes con instituciones y con profesionales en la materia

2. Prevención en la consulta:

- Asegurar un tiempo mínimo de consulta que permita una relación de confianza entre el profesional de la salud y la paciente, así como un marco de intimidad que la acompañe.
- Incorporar a la historia clínica de las mujeres preguntas que permitan detectar la presencia de situaciones de violencia doméstica incipiente.
- Utilización de recursos a nuestro alcance como es la consulta con los profesionales que deben de intervenir en los programas específicos sobre violencia y maltrato como son trabajadoras sociales y psicólogos.

3. Atención integral de la mujer:

- Mediante la información a los usuarios del sistema de salud colocando carteles y ofreciendo folletos en lugares visibles que indiquen que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y transmitiendo que existen ayudas a su disposición que oferta el sistema sanitario.

- Fomentando mediante la relación médico-paciente actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía de la mujer y el ejercicio de sus derechos.
- Incluir contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres en las actividades de Educación para la Salud, y en los grupos de cuidados maternos e infantiles.

4. Área comunitaria:

- Colaborar con asociaciones comunitarias mediante la creación de talleres, jornadas, grupos y charlas sobre violencia de género explicando el papel del personal sanitario.
- Participar en campañas, congresos y acciones relacionadas con el problema que pongan en marcha las instituciones y organizaciones sociales.

Estas intervenciones pueden favorecer la detección de la verdadera dimensión del problema del maltrato y la prevención del avance del proceso de violencia de género.

2.6 Protocolo común de actuación sanitaria en violencia de género

Tras la reforma legislativa llevada a cabo en España, se pusieron en marcha todos los dispositivos necesarios para conseguir los objetivos establecidos.

En cumplimiento de las medidas y actuaciones que establece la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género respecto a los servicios sanitarios y dentro del marco conceptual y ejes de intervención que se proponen para todas las Administraciones públicas en el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, surge la Comisión contra la Violencia de Género, destinada a desarrollar actividades conjuntas para conocer mejor la dimensión del problema y cómo abordarlo. A partir de las propuestas, elaboradas y consensuadas en el seno de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, surgen los protocolos asistenciales sanitarios, y en 2007 se presenta el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (Ver Figura #2).

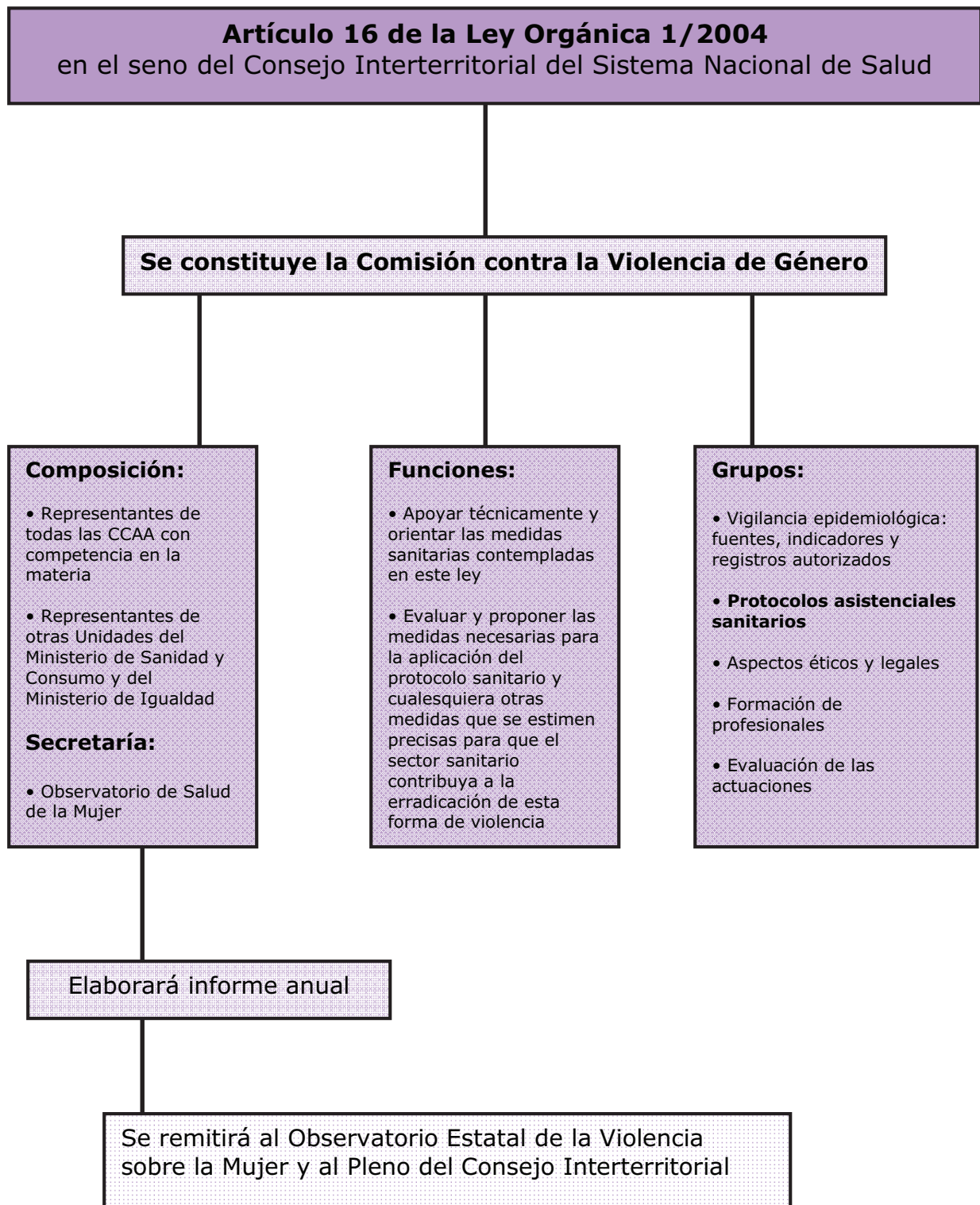


Figura 2. Estructura de la Comisión contra la violencia de género.
(Reproducción Indicadores comunes, Comisión contra la violencia de género del CISNS)

En la creación de este protocolo sanitario participaron los miembros de la Comisión contra la Violencia de Género. Forman parte de este grupo de trabajo los representantes de todas las Comunidades Autónomas con competencia en la materia, representantes de otras Unidades del Ministerio de Sanidad y Consumo, como miembros del Instituto de la Mujer y de la Delegación especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer, así como del Ministerio de Igualdad.

No sólo era necesario elaborar protocolos que contemplaran las pautas homogéneas de actuación ante este problema, sino que también la Ley establece en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, deben promover las actuaciones de los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género. Y deben proponer las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario que permitan impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer maltratada (BOE 313, 2004).

El diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en el ámbito de la asistencia primaria como en el de la especializada, quedan reflejados en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización (BOE 222, 2006).

Todos estos aspectos en relación al abordaje sanitario de la violencia de género quedan recogidos en este protocolo común de

actuación sanitaria elaborado por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

El **objetivo principal** del protocolo es proporcionar a los profesionales sanitarios unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano. Trata de ofrecer orientaciones al personal sanitario del SNS para la atención integral —física, psicológica, emocional y social— a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario solicitando o no ayuda.

Entre los **objetivos secundarios** que persigue se encuentran sensibilizar al personal sanitario del SNS sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud y contribuir desde el Sistema Nacional de Salud (SNS) a la sensibilización de la población general sobre este problema.

Este protocolo se refiere a cualquier forma de violencia y malos tratos ejercida contra las mujeres mayores de 14 años, independientemente de quién sea el agresor, aunque las actuaciones a las que se refiere están más centradas en la violencia ejercida por la pareja o expareja, por ser las formas de violencia más comunes en nuestro país.

Se hace referencia especial a las agresiones sexuales, dado que la atención y actuación sanitaria en estos casos es específica, dadas las medidas e implicaciones médico-forenses y legales que conlleva.

El protocolo realiza primero una introducción al proceso de la violencia y un resumen de la importancia de la implicación sanitaria, para posteriormente centrarse en las pautas de actuación en los distintos ámbitos sanitarios (atención primaria, especializada y urgencias), y finalizar recogiendo los aspectos más importantes desde el punto de vista médico legal.

2.6.1 Actuación en atención primaria-especializada

La consulta de atención primaria (AP) se considera un ambiente favorable para la detección precoz e intervención en violencia de género ya que la mujer acude con frecuencia a los servicios sanitarios y especialmente a los centros de salud, ya que éstos son muy accesibles (Lasheras Lozano, 2008). Además de la existencia de un contacto directo y continuado, características que definen a la atención sanitaria en la AP.

Una de las primeras cosas que se plantean en las guías de actuación desarrolladas en los protocolos es que el personal sanitario debe tener en todo momento una actitud de alerta ante la presencia de conductas, síntomas o signos de sospecha. No será igual la actuación en una situación de maltrato silente que en una situación de estallido de violencia en los que hay mayor evidencia clínica (Golding, 2002).

En la atención a las mujeres que sufren maltrato, además de la atención y seguimiento de la paciente, es necesario prestar atención a su situación familiar, si existen hijos o hijas u otras personas dependientes a cargo de la mujer, para realizar una actuación coordinada con pediatría o con los servicios pertinentes (Zubizarreta, 1994).

FASES DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN AP

Las fases de actuación (Ver Figura #3) se resumen en dos:

- Una primera parte que consiste en la **detección y valoración** del problema.
- Una segunda parte que es la **intervención** sobre el problema.

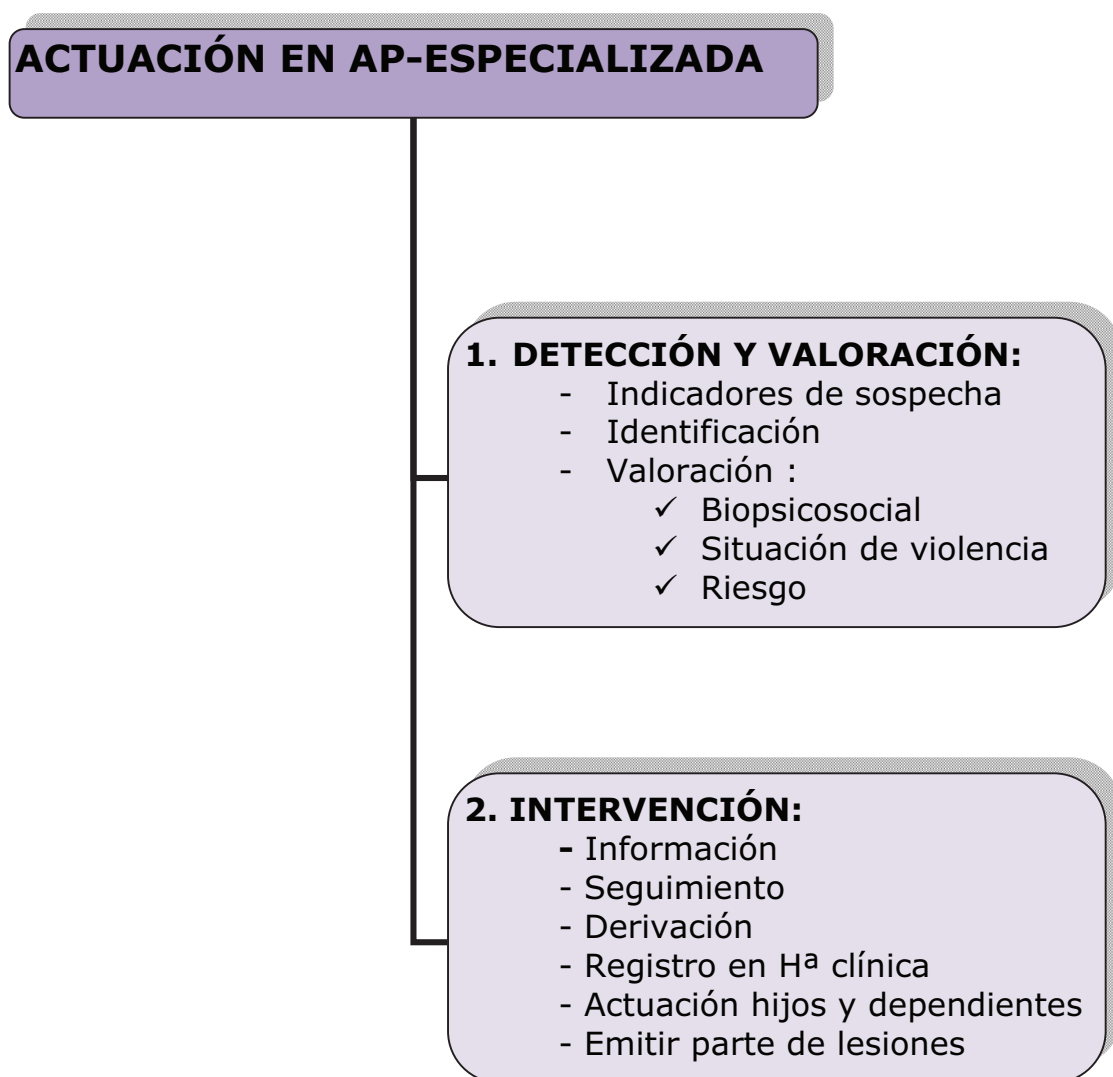
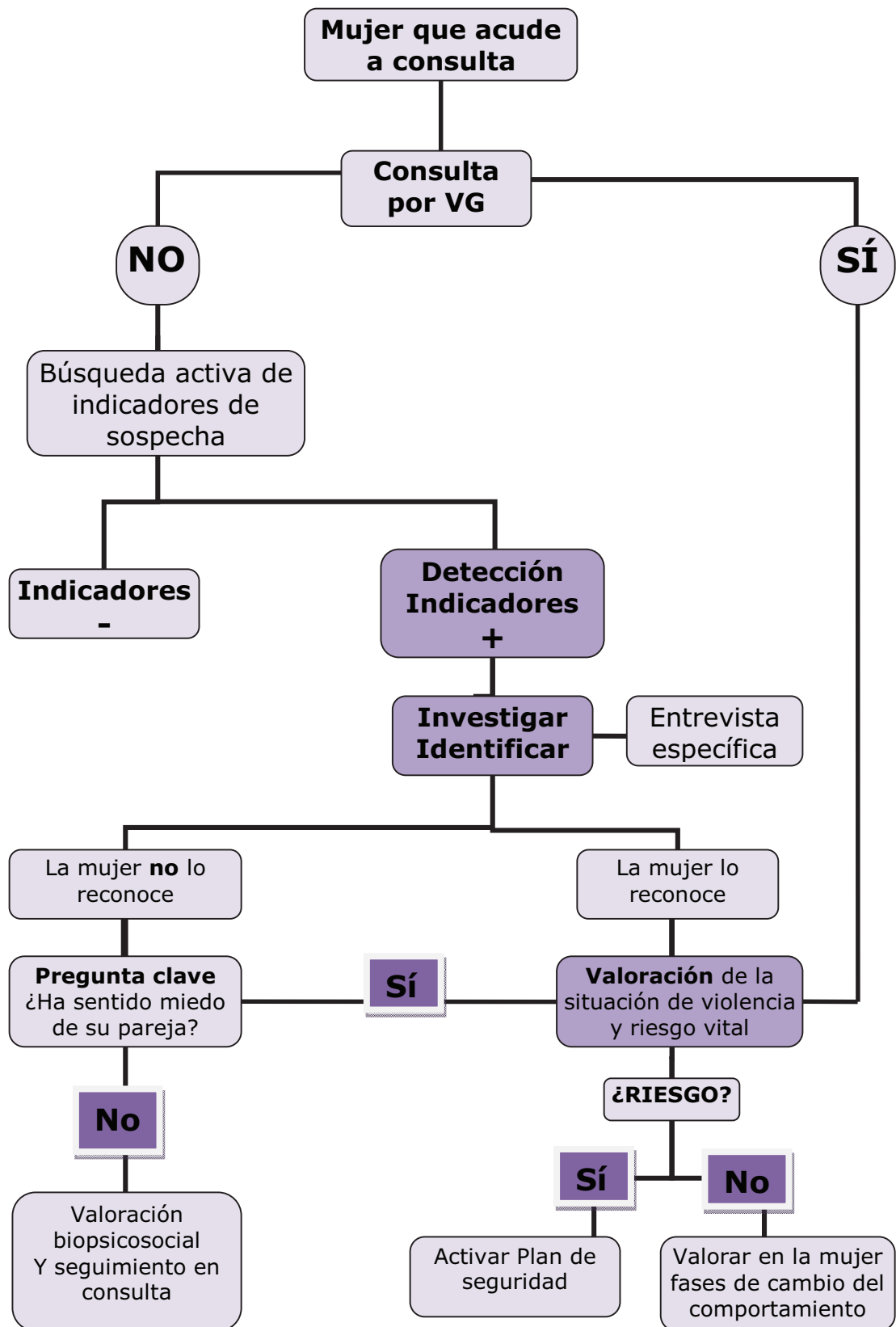


Figura 3: Fases del protocolo de actuación en Atención Primaria.
(Reproducción Protocolo Común de Actuación Sanitaria en Violencia de Género, 2007)

Tras la **primera visita de la paciente**, o bien una visita de una paciente ya habitual pero en la que se detecta una situación anormal, una conducta no habitual o un cambio en su comportamiento, lo primero que se debe realizar es la apertura de la historia clínica, o la apertura de un episodio nuevo en su historia previa (Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres, 2008). En ese episodio se deben incluir preguntas de abordaje psicosocial en relación a su situación familiar y de pareja y activar el algoritmo de actuación (Ver Figura #4).

Figura 4: *Algoritmo de actuación.*

(Reproducción Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres, 2008)

2.6.1.1 Detección, identificación y valoración de la situación de maltrato

Aunque por el momento no hay suficientes evidencias científicas que permitan aconsejar el cribado sistemático a la población general para el despistaje de maltrato, no hay duda de que se debe aconsejar al médico de familia que esté alerta ante situaciones de riesgo, indicios o síntomas de violencia doméstica.

Durante la entrevista clínica en una relación médico paciente, existen una serie de signos, actitudes y comportamientos que pueden orientarnos hacia la situación (Richardson, 2002). Como ya se ha comentado, la identificación de víctimas de maltrato es una tarea difícil, pues la mujer con frecuencia no está dispuesta a dar voluntariamente información sobre el abuso; por ello, el médico y la enfermera deben estar atentos a los signos de alerta, que quedan recogidos en lo que se han llamado indicadores de sospecha de maltrato (Andrés Pueyo, 2007).

Las mujeres que consultan por una agresión física son solo una pequeña parte de las que sufren violencia. Muchas acudirán a la consulta, quizás con síntomas inespecíficos, consultas reiteradas por

motivos banales, quejas somáticas o trastornos psicológicos poco específicos y quizás no lleguemos ni a atisbar el mensaje oculto de esas quejas, que pueden ser la carta de presentación que la mujer nos plantea como llamada de atención ante un problema que ella no se atreve a revelar directamente, pero que a la vez no es más que un grito desesperado pidiendo ayuda (Echeburúa, 2008).

Una situación frecuente es que intentan valorar la actitud del médico, su recepción de la situación, para que en función del manejo que se den a las situaciones que plantea, exponer o no su problema, hay que tener en cuenta que entre las afectaciones y daños que produce el maltrato sobre la mujer se encuentra la pérdida de su seguridad y autoestima (Amor, 2002).

2.6.1.1. A. Detección del problema “Indicadores de sospecha”:

Existen una serie de signos y síntomas de alerta, que nos pueden hacer sospechar que una mujer está siendo víctima de malos tratos, por ello una de las principales cuestiones es que los profesionales sanitarios deben ser conocedores de los mismos para poder tener una actitud siempre alerta, para facilitar la detección del problema (Labrador, 2004). La identificación de los indicadores de sospecha y factores de riesgo se puede ver interferida y condicionada por la percepción del profesional del problema, que ante todo debe ser considerado siempre como un problema de salud, dejando prejuicios y consideraciones personales a un lado y orientar la situación y tratarla, de la forma más aséptica posible.

Existen múltiples tablas, y exhaustivos listados, según los distintos protocolos y guías, que recogen todos los indicadores para detectar estas situaciones. Para este trabajo se han clasificado en 4 bloques (Ver Figura #5), distinguiendo entre los indicadores que podemos encontrar en la historia clínica de la víctima-paciente, entre los que podemos detectar en la consulta, en su pareja-agresor y en los hijos:

a) Indicadores de sospecha en la historia clínica

Entre los antecedentes registrados en la historia de la paciente se pueden detectar muchos episodios que indirectamente se relacionen con una situación de maltrato. En ocasiones la mujer ha podido consultar por una *situación M*¹¹, y está registrada bajo otro episodio, llevando a confusión, o bien situaciones en las que la paciente consulta y ante la ausencia de su médico, le presta asistencia otro profesional que la conoce menos y registra la consulta bajo episodios comunes, no detectándose con claridad la situación. O bien encontrarse situaciones registradas en episodios antiguos y que analizando en su conjunto nos llevan a detectar el problema. Entre los indicadores de sospecha que podemos encontrar en la historia clínica se encuentran (Protocolo Común de Actuación Sanitaria contra Violencia de Género, 2007):

1. Antecedentes de haber sufrido/presenciado malos tratos: en ocasiones estas situaciones nos orientan hacia un entorno

¹¹ En este trabajo nos referimos a una *situación M*, como aquella situación clínica que no ha sido identificada o registrada como maltrato, habiendo sido consecuencia del mismo, y que a posteriori supone un indicador de sospecha

familiar en el que se ha permitido la violencia y en el que se ha percibido el problema como algo normal, situación de riesgo para no reconocer ellas mismas lo que les puede estar ocurriendo.

2. Antecedentes personales y hábitos de vida sospechosos, como:

- Lesiones frecuentes
- Abuso de alcohol u otras sustancias
- Abuso de medicamentos, principalmente psicofármacos.

3. Problemas gineco-obstétricos sospechosos:

- Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos deseados, no deseados o no aceptados)
- Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos
- Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea
- Historia de abortos repetidos
- Retraso en la solicitud de atención prenatal

4. Frecuentes síntomas psicológicos:

- Insomnio
- Depresión
- Ansiedad
- Trastorno de estrés postraumático

- Intentos de suicidio
- Baja autoestima
- Agotamiento psíquico
- Irritabilidad
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Labilidad emocional

5. Frecuentes síntomas-quejas físicas:

- Cefalea
- Cervicalgia
- Dolor crónico en general
- Mareo
- Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal)
- Molestias pélvicas
- Dificultades respiratorias

6. Cambios en la utilización de servicios sanitarios:

- Existencia de periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias)
- Incumplimiento de citas o tratamientos
- Uso repetitivo de los servicios de urgencias
- Frecuentes hospitalizaciones
- Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía

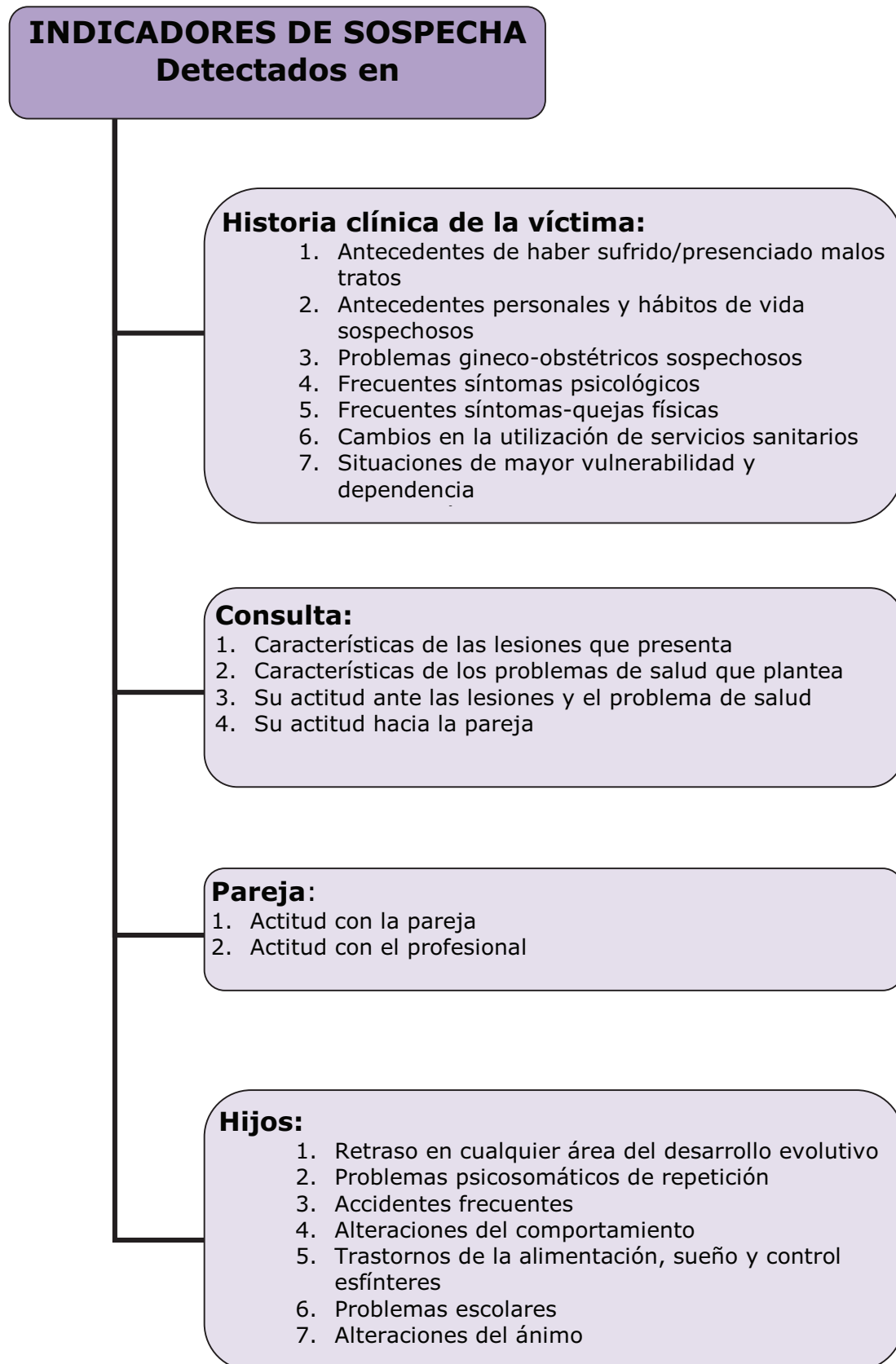


Figura 5: Indicadores de sospecha de violencia de género.

7. Situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia:

- Situaciones de cambio vital:
 - Embarazo y puerperio
 - Noviazgo
 - Separación
 - Jubilación propia o de la pareja
- Situaciones que aumentan la dependencia:
 - Aislamiento tanto familiar como social
 - Migración
 - Enfermedad discapacitante
 - Dependencia física o económica
 - Dificultades laborales y desempleo
 - Dificultades de formación
 - Ausencia de habilidades sociales
- Situaciones de exclusión social (prostitución, indigencia)

8. Información de familiares, amistades, o de otros profesionales e instituciones de que la mujer está siendo víctima de malos tratos.

b) Indicadores de sospecha en la consulta.

1. Características de las lesiones que presenta:

- Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas

- Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos
- Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo)
- Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de larga evolución
- Lesiones en genitales
- Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas
- Lesión típica: rotura de tímpano

2. Características de los problemas de salud que plantea:

- Problemas ginecológicos y sexuales
- Problemas relacionados con el sueño
- Problemas generales e inespecíficos: mareos, cefaleas, astenia, algias...

3. Su actitud ante las lesiones y el problema de salud:

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta...
- Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza
- Autoestima baja

- Sentimientos de culpa
- Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad
- Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara
- Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones
- Falta de cuidado personal
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas

4. Su actitud hacia la pareja:

- Si está presente su pareja:
 - Temerosa en las respuestas
 - Busca constantemente su aprobación

c) Indicadores de sospecha en la pareja.

1. Actitud con la mujer:

- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos
- Excesivamente preocupado o solícito con ella
- Pone a la mujer en evidencia en la consulta criticando su forma de hacer las cosas tanto en el ámbito familiar, como en el trabajo, como en sus relaciones de amistad.
- Muestra una actitud paternalista en la mayoría de las ocasiones

- Solicita e intenta acceder al historial clínico de ella

2. Actitud con el profesional:

- Solicita estar presente en toda la visita
- Se muestra a veces colérico u hostil con el profesional

d) Indicadores de sospecha en los hijos.

1. Retraso en cualquier área del desarrollo evolutivo:

- Psicomotricidad
- Inteligencia
- Social
- Lenguaje

2. Problemas psicosomáticos de repetición

3. Accidentes frecuentes

4. Alteraciones del comportamiento:

- Dificultad del control de los impulsos
- Alternancia entre agresividad y pasividad
- Inhibición

5. Trastornos de la alimentación, sueño y control esfínteres

6. Problemas escolares:

- Falta de concentración
- Bajo rendimiento
- Absentismo
- Dificultad en la relación con iguales

7. Alteraciones del ánimo, se debe tener máxima alerta ante intentos de suicidio.

Todos estos indicadores de sospecha que se recogen en el protocolo común para la actuación sanitaria ante violencia de género, y las distintas combinaciones que surgen de ellos, pueden sugerir un problema de violencia y orientarnos en la detección del mismo. Tras la detección del problema damos un paso más hacia la identificación del problema.

2.6.1.1. B. Identificación del problema “entrevista clínica”:

Cuando se tiene la sospecha de que una mujer puede estar siendo víctima de maltrato, se deberá confirmar o descartar la situación de violencia. La herramienta fundamental que se tiene para conseguir diagnosticar el problema es la entrevista clínica específica (Fernández Alonso, 2006). En las siguientes Tablas #2 y #3 se muestran las recomendaciones a seguir para que la entrevista confirme o descarte las sospechas y lo que no se debe hacer respectivamente (Fernández Alonso, 2006).

Al detectar la posible *situación M*, que nos lleve a plantear a la mujer el problema en la entrevista clínica específica, se pueden formular preguntas facilitadoras, que han de ser graduales y en función de la respuesta, continuar. Ejemplos de estas preguntas facilitadoras serían: *Le veo preocupada ¿Cómo van las cosas en su familia? ¿Tiene algún*

Tabla 2. RECOMENDACIONES A SEGUIR EN LA ENTREVISTA CLINICA ESPECÍFICA ANTE SOSPECHA DE MALTRATO

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad
- Utilizar el tiempo necesario para la entrevista
- Observar las actitudes y el estado emocional (lenguaje verbal y no verbal)
- Facilitar la expresión de sentimientos
- Mantener una actitud empática, facilitadora de la comunicación, con una escucha activa.
- Hacerle sentir que no es culpable de la violencia sufrida
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas
- Abordar directamente el tema de la violencia, con intervenciones facilitadoras
- Creer a la mujer, tomarla en serio, sin poner en duda su interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar el miedo a la revelación del abuso.
- Alertar a la mujer sobre los riesgos
- Respetar a la mujer y aceptar su elección
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y en la toma de decisiones
- Registrar estos hechos con precisión en la historia clínica

Reproducción Actuaciones en casos de violencia doméstica (PAPPS)

problema con su esposo o con los hijos? ¿Se siente a gusto con su relación de pareja? Esperar respuesta, que en función de la receptividad de la mujer continuaremos o no con las siguientes preguntas, para ir encuadrando la situación llegando a exponer la pregunta clave que es *¿ha sentido miedo alguna vez de su pareja?*

Se trata de una pregunta con una alta capacidad para predecir una situación de malos tratos, tanto si la respuesta es negativa, como si es positiva se deberá realizar una valoración de la situación.

Tabla 3. SITUACIONES QUE NO SE DEBEN DAR EN LA ENTREVISTA ESPECÍFICA ANTE SOSPECHA DE MALTRATO

- NO dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.
- NO dar falsas esperanzas.
- NO criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: « ¿Por qué sigue con él?; Si usted quisiera acabar, se iría...».
- NO infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.
- NO recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.
- NO prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer.
- NO utilizar una actitud paternalista.
- NO imponer criterios o decisiones

Reproducción Actuaciones en casos de violencia doméstica (PAPPS)

2.6.1.1. C. Valoración de la situación:

Una vez que la mujer reconoce encontrarse en una situación de maltrato, o bien ante una alta sospecha médica de *situación M*, se debe llevar a cabo una valoración con una exploración detallada de las lesiones y de su estado emocional, explicándole en todo momento las exploraciones que se le van a practicar y la finalidad de las mismas (Álvarez, 1998). En la Figura #4 se han detallado los pasos a seguir en la atención a la mujer. La valoración de la situación será distinta en función de la respuesta a la pregunta clave (Nogueiras, 2001):

¿Ha sentido miedo de su pareja?

- Si la respuesta es *negativa*, pero persiste una alta sospecha se debe realizar una valoración biopsicosocial y realizar un seguimiento exhaustivo en consulta con visitas programadas, para una mayor vigilancia.
- Si la respuesta es *afirmativa* además se realizará una valoración de la situación de violencia y una evaluación del riesgo de la víctima.

En la Tabla #4 se recogen los distintos tipos de valoraciones que tienen lugar en el proceso (Protocolo Común de Actuación Sanitaria contra Violencia de Género, 2007).

| Tabla 4. Valoración de la situación |
|--|
| Biopsicosocial De la situación de violencia Evaluación del riesgo |

Tabla 4

a) Valoración biopsicosocial:

- Lesiones y síntomas físicos
- Situación familiar
- Situación económica, laboral y ocupacional
- Red de apoyo social de la mujer
- Situación emocional

b) Valoración de la situación de violencia:

- Tipo de violencia (física, psicológica, sexual), desde cuándo la sufre, frecuencia e intensidad de la misma.
- Comportamientos de la persona agresora a nivel familiar y social; si ha habido agresiones a otras personas o familiares
- Mecanismo de adaptación desarrollado por la mujer.
- Fase del proceso de violencia en la que se encuentra

c) Valoración de la seguridad y el riesgo:

- Determinar si la mujer se encuentra o no en peligro extremo¹², en la Tabla #5 se muestran los indicadores de peligro extremo. Esta valoración se hace conjuntamente con la mujer.
- Considerar la percepción de peligro por parte de la mujer, tanto para ella como para otros miembros del entorno familiar.
- Criterio profesional tras la valoración conjunta (fundamentada en la entrevista y la valoración

¹² Entendiendo por peligro extremo la situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o la de sus hijos.

biopsicosocial realizada)¹³

- Si se detecta una situación de peligro preguntar en relación a su seguridad en el domicilio, si conoce el paradero del agresor, si existen familiares que conozcan la situación.

Tabla 5: Indicadores de peligro extremo

- Amenazas con armas o uso de las mismas
- Amenazas o intentos de homicidio a ellas y sus hijos o hijas
- Amenazas o intentos de suicidio de la paciente
- Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia
- Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización
- Amenazas o acoso a pesar de estar separados
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia
- Agresiones durante el embarazo
- Abusos sexuales repetidos
- Comportamiento violento fuera del hogar
- Celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, adónde va, con quién está o cuánto dinero tiene
- Aislamiento creciente
- Consumo de alcohol o drogas por parte del cónyuge
- Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor

Reproducción Protocolo Común de Actuación Sanitaria contra Violencia de Género, 2007

¹³ En la práctica la valoración del riesgo más utilizada es la que realizan las fuerzas de seguridad del estado.

Una vez realizada la valoración de la situación y del riesgo, si la mujer se encuentra en situación de riesgo habrá que activar el plan de seguridad (*ANEXO I*), en el que se le indican los preparativos y las precauciones que debe tomar ante una situación de huida (Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres, 2008). Si la mujer no se encuentra en situación de riesgo se deberá llevar a cabo un seguimiento y valoración de las fases de cambio de comportamiento en la misma (Prochaska y Di Clemente, 1983), ya que el análisis de su comportamiento nos orientará sobre la fase del proceso de violencia en el que se encuentra y podremos establecer una línea de actuación y elección de recursos, técnicas e instrumentos más enfocada a su situación.

La valoración de la situación es clave y nos determinará cuál es la intervención más adecuada para cada mujer en su contexto concreto.

2.6.1.2 Intervención

En esta fase del proceso de actuación la labor del sistema sanitario es crucial, la orientación que se dé al problema va a determinar en parte el futuro de la víctima, por lo que no sólo es importante el detectar el problema, identificarlo y valorarlo, sino que es de vital importancia la actuación e intervención posterior (Mejía, 2000). Por tanto la participación del personal sanitario no finaliza tras confirmar la sospecha de malos tratos a una mujer sino que a partir de ese momento se debe desarrollar una importante tarea de información a la mujer, de seguimiento, así como derivación a otros servicios cuando las características del caso lo requieran. Sin olvidar el registro en la historia clínica, la actuación en los hijos y personas dependientes de la mujer y la emisión del parte de lesiones, paso de gran importancia en este proceso ya que será la vía de información que se utilizará para poner en conocimiento y dar parte del episodio acontecido a la justicia.

La actuación del personal sanitario será distinta si la mujer reconoce o no el maltrato y según la situación de peligro en la que se encuentre. Por ello en los protocolos de actuación se presentan las tres situaciones

posibles para las cuales habrá que plantear pautas diferentes de actuación (Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2007), distinguiendo:

- ✓ Mujer de quien sospechamos que sufre malos tratos (Ver Tabla #6).
- ✓ Mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo (Ver Tabla #7).
- ✓ Mujer que reconoce sufrir malos tratos que se encuentra en peligro extremo (Ver Tabla #8).

Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero NO reconoce sufrir malos tratos

1. Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada

2. Informar a la mujer de la situación en que se encuentra

3. Trabajo en la consulta-seguimiento:

- Atención integral/interdisciplinar.
- Atención de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
- Ofertar visitas de seguimiento: acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de manera empática.
- Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona).

Tabla 6. (Reproducción Protocolo Común de Actuación Sanitaria contra Violencia de Género, 2007)

Plan de atención a la mujer que RECONOCE sufrir malos tratos pero NO se encuentra en peligro extremo

1. Registrar en la historia clínica el problema

2. Informar a la mujer de la situación en que se encuentra

3. Trabajo en la consulta-seguimiento:

- Atención integral/interdisciplinar.
- Atención de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
- Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema.
- Establecer un plan de consultas de seguimiento para:
 - Plantear y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en la situación
 - Acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación
 - Prevenir nuevas situaciones de violencia
 - Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro u otros recursos).

4. Derivar

- Al personal de trabajo social
- A los recursos adecuados a la situación en la que se encuentra

5. Emitir parte de lesiones aunque la mujer no quiera denunciar, para comunicar a la Fiscalía

6. Actuación con los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera

Tabla 7. (Reproducción Protocolo Común de Actuación Sanitaria contra Violencia de Género, 2007)

Plan de atención a la mujer que RECONOCE sufrir malos tratos y se encuentra en PELIGRO EXTREMO

1. Informarla de la situación de peligro en que se encuentra y plantearle las posibles estrategias a seguir.

2. Derivar con carácter urgente a trabajo social o a los servicios de apoyo 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas.

3. Registrar en la historia clínica el episodio y las actuaciones realizadas. Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.

4. Emitir el parte de lesiones e informe médico, entregando una copia a la mujer e informándole de sus implicaciones.

5. Conocer la situación familiar, personas dependientes y los recursos con que cuenta.

6. Llamar a los servicios específicos de emergencias de la comunidad autónoma

Tabla 8. (Reproducción Protocolo Común de Actuación Sanitaria contra Violencia de Género, 2007)

2.6.2 Actuación en urgencias

En el ámbito de urgencias, ya sean hospitalarias o de centro de salud, el enfoque es similar y podrían aplicarse las actuaciones planteadas en el apartado anterior de atención primaria-especializada, a excepción de las actuaciones referidas al seguimiento de la paciente en la consulta, ya que el hecho de ser una atención “urgente” dificulta esa aplicación.

En los servicios de urgencias es frecuente que las lesiones y los síntomas que presentan las víctimas sean de mayor gravedad y requieran de actuación médica, que en ocasiones es necesaria e inevitable, motivo que les lleva a acudir al servicio de urgencias en busca de asistencia médica. Es éste el motivo por el que los servicios de urgencias son una importante vía de detección del maltrato, sobre todo en aquellas mujeres que se encuentran más aisladas (McLear, 1987). El hecho de que las lesiones sean más graves ayuda a que en estas situaciones la sospecha de maltrato sea más evidente, y la alerta del personal sanitario aumente. Pese a ello la mujer víctima de violencia de género que acude a urgencias puede reconocer haber sufrido malos

tratos o no (Palomo, 2004). Es cierto que la vulnerabilidad del momento, casi siempre consecuencia de una situación de estallido de la violencia¹⁴, hace que la mujer se vea con más capacidad de solicitar ayuda.

Los pasos que se han de seguir por protocolo en la actuación en urgencias se resumen en la Tabla #9, que como ya se ha comentado es similar a la llevada a cabo en atención primaria (Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2007).

¹⁴ Fase del ciclo de la violencia, en la que tras un periodo de construcción de tensión, se llega al desenlace de la situación con la agresión, de tipo física, psíquica o sexual, de la víctima.

Tabla 9: Actuación en urgencias**1. Detección del maltrato:**

- Alerta ante las lesiones, buscando indicadores de sospecha
- Ante la sospecha: entrevista clínica específica
- Mantener clima de confianza con la víctima

2. Actuación asistencial:

- Establecer un diagnóstico y atención de las lesiones
- Valorar actuación urgente de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.
- Investigar sobre la existencia de menores o personas dependientes de la víctima y actuar en caso de riesgo.
- Detallar las lesiones de la víctima y el estado psicológico en el informe de alta, dar copia a la víctima* y a atención primaria con el fin de colaborar a su seguimiento.

3. Valoración de la seguridad

- Siempre que se atienda un caso de violencia de género en urgencias es necesario realizar una valoración de la seguridad y el riesgo en que se encuentra la mujer.

4. Información y derivación**5. Actuación legal**

- Notificación al juzgado del parte de lesiones**
- Informar a la mujer de las actuaciones realizadas

* Se le debe entregar a la mujer siempre que no comprometa su seguridad, y no sea motivo de agravamiento de su situación (puede acudir acompañada de su presunto agresor)

** En España existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones ante la constatación de malos tratos.

Tabla 9.

2.6.3 Actuación en agresiones sexuales

La actuación ante agresiones sexuales tiene determinadas particularidades que justifican su abordaje como entidad independiente de maltrato.

La violencia sexual contra las mujeres puede ser ejercida por su pareja o por otros hombres. La mayoría de las veces las mujeres consultan y denuncian cuando el agresor no es la pareja, cuando es ésta la que interviene, la violencia sexual suele permanecer oculta, y es muy difícil detectarla (Mullen, 1988).

Ante una situación de agresión sexual que solicita valoración en un centro de Atención Primaria o en otro dispositivo sanitario que no sea hospitalario, el personal sanitario deberá remitir a la víctima lo más rápido posible y en ambulancia al hospital más cercano, sin que medien lavados ni cambios de ropa. La excepción sería en los supuestos de gravedad o riesgo vital, en lo que prima es la asistencia sanitaria.

Una vez en el hospital se deberá crear un clima de confianza y confidencialidad, que propicie la comunicación. Es importante mantener

a la víctima informada de todas las pruebas y exploraciones que se le van a realizar, explicándole los distintos procedimientos.

Tabla10: Actuaciones médicas en agresiones sexuales

| Actuaciones medicina clínica | Actuaciones medicina forense |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis y examen clínico - Solicitar actuación forense - Muestras genitales: descartar ETS - Analítica sanguínea - Tratamiento lesiones físicas y ETS - Profilaxis de embarazo - Parte de lesiones | <ul style="list-style-type: none"> - Toma de muestras interés forense - Valoración localización lesiones - Valoración importancia de lesiones - Informe Médico Forense al Juzgado |

Reproducción Protocolo Común de Actuación Sanitaria contra Violencia de Género, 2007.

De entre los procedimientos que se llevan a cabo, la exploración ginecológica y la médico forense son las que crean más impacto psicológico, y puesto que por imperativo legal debe ser realizada por dos médicos, ginecólogo y forense, se recomienda que esta exploración sea realizada en un mismo acto, evitando así a la mujer repetir tan desagradable situación. Por ello es necesaria la comunicación inmediata por vía telefónica con el Juzgado de Guardia¹⁵, que acordará la asistencia forense, para que los reconocimientos médicos se realicen de manera simultánea y coordinada, realizando también la recogida de muestras de interés legal.

¹⁵ Aunque la mujer manifieste su deseo de no presentar denuncia en ese momento, se deben comunicar los hechos al Juzgado de Guardia, a fin de que pueda incoar el oportuno procedimiento judicial en el que disponer de medidas de investigación y aseguramiento necesarias por si la mujer en el futuro quisiera ejercer acción penal.

Las actuaciones que deberán realizarse tanto desde la medicina clínica, como desde la medicina forense, se recogen en la Tabla #10.

Entre las muestras de interés legal¹⁶ que deben recogerse se encuentran (Guía Valoración Integral Forense, 2005):

- Tomas vaginales (o anal o bucal) con hisopos secos y estériles para investigación de esperma. Se guardarán en sus fundas sin incluirlos en ningún conservante, se mantendrán refrigerados (4-8°C), y se rotularán.

Se recomienda hacer la toma con, mínimo dos hisopos.

- Lavado vaginal (o anal o bucal) con 10cc de suero fisiológico estéril para la recogida de posibles restos de semen. El lavado se recogerá en un tubo estéril apropiado que pueda cerrarse herméticamente y se rotulará. Se mantendrá refrigerado (4-8 °C). El lavado vaginal será posterior a la toma de muestras para el cribado de infecciones de transmisión sexual.

- Ropas de la paciente relacionadas con la supuesta agresión, colocando cada prenda en bolsa independiente y rotulada.

- Tomas de hisopo humedecidas en suero fisiológico en los casos de agresión anal u oral, de las correspondientes cavidades colocando en tubo el hisopo, para sellar y rotular.

- Recortes de limpieza de uñas (posible piel del agresor).

- Peinado púbico de la mujer agredida (posible vello del agresor).

¹⁶ El Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses y el Instituto de la Mujer, en colaboración con el Centro de Estudios Jurídicos del Ministerio de Justicia, han presentado en varias provincias y Comunidades Autónomas un «Kit» de recogida de muestras para casos de agresión sexual. Contiene todo el instrumental necesario para una correcta toma de muestras (hisopos, cortaúñas, peine, bolsas, etiquetas...).

Desde el servicio hospitalario tras la actuación se tendrá que enviar el parte de lesiones e informe médico al juzgado de guardia.

2.7 Actuación médico-legal en violencia de género

No cabe duda que la violencia de género supone una situación legal de gran envergadura, que se complica cuando la valoramos desde el enfoque médico. Un médico tiene la responsabilidad legal de denunciar una situación de violencia de género que detecte en uno de sus pacientes, comunicando al juzgado de violencia de género mediante el parte de lesiones e informe médico, informando de su actuación previamente a la mujer. La información del hecho a las autoridades judiciales permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer y evitar que el delito quede impune. Sin incurrir en un delito de violación del secreto profesional puesto que nos encontraríamos dentro de los supuestos en los que el secreto profesional puede ser revelado.

La emisión del parte de lesiones plantea a veces a los profesionales sanitarios preocupación sobre los posibles efectos negativos derivados de dicha actuación, especialmente en aquellos casos en que la mujer manifieste no estar de acuerdo con ella (Arroyo Fernández, 2000). Estos efectos estarían relacionados con el rechazo y

pérdida de confianza de la mujer por no haber respetado su decisión, con posibilidad de deterioro de la relación médico-paciente, y con el potencial incremento del riesgo para la salud o la vida de la mujer por represalia del maltratador (Aretio, 2001). Muchas mujeres no acuden a los centros médicos por miedo a que la situación se denuncie (Instituto Medicina Legal La Rioja, 2007), aunque lo cierto es que pese a que se notifican la mayoría de los casos a las autoridades judiciales, son pocos los casos que se denuncian por vía indirecta¹⁷.

En la toma de decisiones ante situaciones de maltrato, los profesionales sanitarios tienen una serie de deberes éticos y legales¹⁸ que en ocasiones se enfrentan, y conjugar ambos es tarea difícil, pese a la acción legal que hemos comentado en las líneas anteriores que han de realizar, los sanitarios no pueden olvidar los principios básicos de la ética por los que se rige su buena praxis, pero es obvio que tampoco pueden priorizarlos frente a obligaciones legales, por lo que la combinación armoniosa de ambos debe ser el objetivo perseguido (Aretio, 2007). Sin dejar de lado la valoración individual, que será siempre el último recurso en la toma de decisiones.

En la atención a la mujer que está siendo víctima de malos tratos es importante respetar la autonomía¹⁹ de la misma y mantener el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en

¹⁷ Denuncia interpuesta no por la propia víctima sino por los servicios sanitarios, sociales, o fuerzas de seguridad del estado.

¹⁸ Art.262 LECR: "Los que por razón de su cargo, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público estarán obligados a denunciarlos inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y en su defecto al municipal funcionario de policía más próximo al sitio si se tratase de un delito flagrante".

¹⁹ No sólo por imperativo ético sino legislativo, "Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica"

virtud del ejercicio profesional. También lo es el velar por la vida y el beneficio de la salud de las pacientes (principio de beneficencia) y evitar perjuicios para su salud (principio de no maleficencia). Por lo que existirán situaciones en las que si respetamos el principio de autonomía de la paciente, atentaremos contra el principio de beneficencia, poniendo en peligro su vida, o si por el contrario notificamos el maltrato pese a la negativa de la paciente sin respetar su autonomía, podemos vulnerar el principio de no maleficencia, complicando la situación de la víctima frente a su agresor (Barbero, 2005).

Por todo ello es por lo que se asume que el abordaje de la violencia desde el ámbito sanitario no es tarea fácil. Estas situaciones son las que llevan al médico que ha de realizar los partes de lesiones, a tener dudas ante sus actuaciones y decisiones, enfrentándose a conflictos médico-legales que en ocasiones son muy difíciles de resolver.

2.7.1. Documentación médico-legal en violencia de género

El médico está obligado por normativas legales²⁰ a dejar constancia por escrito de sus actuaciones, bien con carácter administrativo o bien con carácter oficial como ocurre en otras ocasiones (Aretio, 2007). Este acto se constata en los llamados documentos médico-legales, que se definen como *«todas aquellas actuaciones escritas que utiliza el médico en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones o cualquier persona»*²¹. Son muchos los documentos de estas características que los médicos deben manejar, entre otros se incluyen los partes (judiciales, sanitarios, laborales), las actas (de nacimiento, de declaración de aborto), y los certificados (médico ordinario, de defunción, de aptitud para la obtención de permisos de conducción). En la materia que nos ocupa en este trabajo, los documentos que más interesan son los partes. Según se recoge en el diccionario de la Real Academia, un “parte” es un *escrito, ordinariamente breve, que por el correo o por otro medio cualquiera se envía a alguien para darle aviso o noticia urgente*. Por tanto aplicado al

²⁰ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación.

²¹ Manual de documentos médico legales, 2008. Dr. Mariano Casado Blanco.

mundo de la salud, no es más que una notificación por parte del médico a las autoridades ya sean judiciales, administrativas o sanitarias²², de un determinado hecho que ha conocido y/o en el que ha intervenido. El parte que se emite a la autoridad judicial es el parte de lesiones. Dentro de los documentos médicos-legales, es el que con mayor frecuencia se ven obligados a extender los médicos, sobre todo aquéllos que ejercen su profesión en las áreas de urgencias, donde acuden un gran número de lesionados para recibir asistencia facultativa (Casado Blanco, 1999).

El parte de lesiones es un documento simple y sencillo, pero de una asombrosa importancia, ya que es de realización obligatoria dentro de la actuación médica del lesionado y además, en muchas ocasiones, constituye el punto de partida de la investigación respectiva. Aunque es un documento informativo, por lo que no tiene valor legal definitivo.

Describe las lesiones que presenta el paciente que haya sufrido un accidente o agresión²³, el mecanismo de producción, además de recoger la asistencia o tratamiento médico recibido. El objetivo fundamental es notificar a las autoridades judiciales el hecho, para que se tomen las acciones legales pertinentes. Por ello el documento debe ser claro, y estar elaborado con letra legible, sin tachaduras ni correcciones que hagan sospechar manipulación del mismo, y sin usar abreviaturas, para que sea fácilmente interpretado por cualquier persona no experta en materia médica.

²² Haciendo referencia a los partes que se han de emitir cuando se detectan enfermedades de declaración obligatoria, o de reacciones adversa a medicamentos.

²³ Considerando los actos de envenenamiento o autolesión como agresión.

A pacientes que refieran antecedentes de agresión, y que no presenten signos físicos externos, también se les debe emitir un parte Médico de Lesiones.

En la Tabla #11 se hace referencia a la estructura y los apartados obligatorios de los que debe constar todo parte de lesiones.

Tabla 11: Estructura del parte de lesiones

- **Preámbulo:**

- Sello o membrete de la Institución que lo emite
- Identificación del lesionado
- Hora de la asistencia

- **Hecho lesivo:**

- Descripción de las lesiones*
- Mecanismo de producción**
- Lugar de los hechos
- Asistencia efectuada
- Destino del lesionado

- **Lugar, fecha y firma del médico responsable**

- **Autoridad judicial a la que se dirige el parte**

* Con descripciones topográficas, morfológicas, cuantitativas y cualitativas

** Según relato del propio lesionado.

Tabla 11

2.7.1.1 Partes de lesiones en violencia de género

En materia de violencia de género, la principal acción legal que se debe tomar desde los centros sanitarios es emitir un parte de lesiones que será enviado al Juzgado de Guardia para poner en conocimiento de las autoridades un hecho que puede ser constitutivo de delito (Castellano Arroyo, 2000). Se debe expedir un informe médico de lesiones, según modelo de Protocolo Común de Actuación Sanitario ante violencia de género del que ya se ha hablado en capítulos anteriores. En muchos de los centros sanitarios no se dispone del modelo estandarizado según protocolo, por lo que se utilizan partes de lesiones comunes en los que habría que especificar que se trata de una agresión realizada por la pareja o expareja, y señalar las lesiones cuidadosamente mencionando todas las marcas que presente la víctima tanto las actuales, como las anteriores y evolucionadas, que puedan ser sugerentes de episodios de maltrato previos (Protocolo Común de Actuación Sanitario ante violencia de género, 1997).

2.7.1.1. A. Características especiales

El parte de lesiones que se debe emitir en los casos de maltrato, según las directrices del Protocolo Común de Actuación Sanitaria en Violencia de Género, es más amplio que los usados comúnmente, sobre todo en cuanto a la descripción de las lesiones físicas se refiere, debiendo describir éstas de una forma exhaustiva, señalando no sólo el tipo de lesión, sino su evolución, forma, dimensiones, lo más detallado posible, de forma que la labor pericial posterior del médico forense no se vea dificultada.

Deberá hacerse especial mención al estado psíquico de la víctima, siendo importante describir tanto los síntomas emocionales que presenta la mujer como la actitud de la misma. No sólo valorándolo en el momento agudo de estallido de violencia física sino que el maltrato psicológico puede reflejarse en síntomas de depresión, ansiedad, tendencias suicidas, somatizaciones, síndrome de estrés postraumático. Está demostrado que el estado emocional de cualquier persona que presente una lesión se encuentra alterado, pero su actitud difiere. Ésta puede ser un gran indicador de lo sucedido, y de su estado psíquico. Una mujer maltratada puede sentirse confusa, huidiza, inquieta, temerosa, agresiva, hipervigilante, bloqueada, apática, inexpresiva... Siendo necesaria esta información para realizar una valoración integral óptima.

Es importante que no quepa ninguna duda de que se trata de un caso de violencia de género, dejándolo claro en el parte de lesiones. Ya que a la hora de remitir el parte al Juzgado pueda tramitar la causa un

juzgado con competencia en materia de violencia de género, y no se pierda tiempo en burocracias si es mal clasificado.

Es fundamental que se describa el mecanismo causal de la agresión, para poder determinar la compatibilidad de las lesiones. Y también describir si ha habido algún objeto que haya mediado en la agresión.

Hay que reflejar tras una pequeña investigación con la entrevista de la mujer, si ha sido un primer episodio de violencia, o si ha ocurrido en otras ocasiones. También si ha habido otras personas que hayan sido objeto de la violencia como hijos o personas dependientes a su cargo.

Es recomendable la informatización del parte de lesiones, ya que ello evitaría los inconvenientes de las letras ilegibles y la mala cumplimentación, que en ocasiones, impide conocer el alcance exacto de las lesiones, de las exploraciones complementarias y otros datos de interés, ya que la valoración forense puede llegar a realizarse varios días después y la lesión puede haber evolucionado hacia la curación pudiendo no evidenciarse la gravedad de la agresión. Por tanto dificultaría la posterior evaluación pericial por parte del médico forense, y en consecuencia la valoración por parte del juez.

2.7.1.1. B. Responsabilidad médica

Antes de finalizar la consulta, se deberá informar a la víctima que aunque no desee presentar denuncia es obligatorio para el personal sanitario remitir este parte de lesiones al juzgado correspondiente en caso de sospecha de violencia. Ya que es responsabilidad del médico el

emitir y enviar el parte de lesiones ante una situación de maltrato (Sarrión Ferre, 1995). Esta obligación viene marcada por la Ley de Enjuiciamiento Criminal, por tanto, al no dar parte a la Justicia se puede incurrir en dos delitos:

- Delito de omisión del deber de perseguir delitos, que marca el artículo 408 del Código Penal « *La autoridad o funcionario que, faltando a la obligación de su cargo, dejare intencionadamente de promover la persecución de los delitos de que tenga noticia o de sus responsables, incurrirá en la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años*»
- Delito de denegación de auxilio a la Justicia, según el artículo 412 del Código Penal « *El funcionario público que, requerido por autoridad competente, no prestare el auxilio debido para la Administración de Justicia u otro servicio público, incurrirá en las penas de multa de tres a doce meses, y suspensión de empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años*» (BOE 258,2002).

2.7.1.1. C. Actuación tras emisión de parte de lesiones

De este informe se harán varias copias. Una se enviará al Juzgado competente en Violencia sobre la Mujer o en su caso Juzgado de Guardia, y la otra se entregará a la paciente, quedando el original en la historia clínica.

En el caso de que surjan dudas sobre si entregar en ese momento el informe médico a la víctima, por sospechar que pudiera comprometer su seguridad, o bien no se entrega el informe o bien se acordará con ella otra cita en que pueda recogerlo o a través de quién.

La notificación al juzgado debe ser por el medio más rápido posible, normalmente escrito vía fax, y aunque la ley no establece ningún período, sí que se recomienda en todas las guías y protocolos llevarlo a cabo a la mayor brevedad tras la asistencia. En las circunstancias de mayor gravedad en las que se produzca la muerte, o violación, se ha de notificar previamente de forma verbal ya sea por comunicación directa con el Juzgado de Guardia, o poniéndolo en conocimiento de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado²⁴. Éstos pueden personarse en el hospital también con el fin de recoger la denuncia si la mujer así lo solicita, en el caso de que ésta quede ingresada (Protocolo Común de Actuación Sanitario ante violencia de género, 1997).

2.7.1.1. D. Tramitación posterior

Una vez realizado el envío del parte de lesiones, a la autoridad judicial, tendrá lugar el registro de entrada en el Decanato de los Juzgados²⁵. Posteriormente la tramitación de la causa va a ser igual que si hubiera sido presentada una denuncia por la mujer o por personas cercanas a la misma.

²⁴ Policía Local, Policía Nacional, o Guardia Civil

²⁵ Órgano, dentro del partido judicial correspondiente que, entre otras cosas, se encarga del reparto y distribución de los asuntos entre los distintos Juzgados a él adscritos.

En el Decanato se determinará cuál será el Juzgado que estudiará el asunto teniendo en cuenta, en primer lugar, la clase de Juzgado competente de acuerdo con la legislación vigente.

Recibido el parte de lesiones, el Juez ordenará la incoación del procedimiento penal (o lo unirá, si tuvo conocimiento previo de los hechos, al procedimiento penal ya incoado) y acordará la práctica de diligencias de investigación y, en su caso, la adopción de medidas de protección de la víctima.

2.7.1.2 Criterios de calidad del parte de lesiones

Los partes de lesiones pueden tener diferentes formatos y soportes (*ANEXO II*), pero es necesario que recojan una información mínima, para poder ser considerados óptimos. Uno de los objetivos que se deberían perseguir, es que fueran muy sencillos y completos de forma que se facilitara al máximo la labor del profesional médico que en ocasiones se ve desbordado por la situación y la presión asistencial.

Los criterios de calidad que deben cumplir se recogen en el Protocolo Común de Actuación Sanitaria en Violencia de Género y los datos mínimos que deben aparecer y que deberían cumplimentarse independientemente del formato que tenga establecido cada CC.AA. en su territorio, se describen a continuación.

- Datos del lugar de la asistencia y facultativo responsable
 - Hospital/Centro de Salud/ Consultorio
 - Datos de la/el profesional que lo emite: Nombre y apellidos, número de colegiado
 - Fecha /hora de la atención

- Datos de filiación de la víctima:
 - Nombre y Apellidos
 - DNI o NIE (N.º de identificación de extranjería)
 - Edad y fecha de nacimiento
 - País origen
 - Estado Civil
 - Dirección, Municipio (código postal)
 - Teléfono

- Tipo de agresión y lesiones sufridas en la misma:
 - Tipo de violencia ejercida
 - Uso de objetos en la agresión
 - Estado psíquico y emocional
 - Lesiones físicas que presenta: tipo, forma, dimensión, color y localización, para facilitar su data o posible fecha de producción.

- Otros datos clínicos
 - Pruebas complementarias realizadas
 - Medidas terapéuticas
 - Pronóstico clínico²⁶

²⁶ Distinto al pronóstico médico legal, que viene determinado por el Código Penal en su artículo 147, que califica las lesiones (delito/falta) según el tipo de asistencia recibida. Considerándose falta si se ha recibido una "Primera Asistencia Sanitaria", y delito si se ha recibido "Tratamiento médico y/o quirúrgico".

- Datos relacionados con los hechos ocurridos que motivan la asistencia:
 - Se reflejará cómo han ocurrido los hechos, utilizando si fuera posible, la misma descripción que ha realizado la víctima.
 - Dirección, lugar de la agresión, fecha y hora del incidente.
 - Sospecha de que la causa de las lesiones sea distinta a la que refiere la mujer.

- Datos en relación a la situación de maltrato
 - Reflejar si acude sola o acompañada, e indicar el nombre y parentesco/relación del acompañante.
 - Agresión puntual, primera vez o reiteración de malos tratos.
 - Si las agresiones se vienen sufriendo desde hace tiempo, indicar desde cuándo y describir las características de estas agresiones, el tipo, la frecuencia (a diario, semanal, mensual...), si la intensidad de la violencia es cada vez mayor, si se ha realizado previamente alguna denuncia, etc. y la evolución de las mismas.
 - Otras personas que ha sufrido malos tratos en el mismo incidente o en otras ocasiones
 - Señalar la existencia de testigos

- Recoger datos del supuesto agresor:
 - Nombre y apellidos

- Relación/parentesco con la persona agresora
- Dirección o teléfono supuesto
- Señalar el plan de actuación que se llevará a cabo:
 - Alta.
 - Derivación a otras especialidades.
 - Derivación a urgencias.
- Datos judiciales:
 - Si se ha puesto o no en conocimiento del Juzgado telefónicamente, por correo o fax y si se ha hecho, especificando cuando.
 - Aspectos de seguridad y riesgo percibido por la mujer.
 - Actitud de la mujer hacia la presentación de denuncia.

2.7.2 Unidades de valoración integral forense (UVFI)

Estas unidades se crean en respuesta a la Ley Orgánica 1/ 2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en cuya Disposición Adicional Segunda relativa a protocolos de actuación señala:

«El Gobierno y las Comunidades Autónomas, que hayan asumido competencias en materia de justicia, organizarán en el ámbito que a cada una le es propio los servicios forenses de modo que cuenten con unidades de valoración forense integral encargadas de diseñar protocolos de actuación global e integral en casos de violencia de género»

La creación de las UVFI responde a la necesidad de realizar un diagnóstico de la violencia de género en base a unas situaciones e informaciones en ocasiones insuficientes y desordenadas, dando lugar a una asistencia y respuesta específica y especializada, que sirve de gran apoyo en materia judicial (Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género, 2008).

Dada la complejidad de este tipo de violencia, se considera necesaria la colaboración desde distintos ámbitos de la investigación forense y por eso se creó la figura del "equipo forense" formado por un Médico Forense, un Psicólogo y un Trabajador Social pudiendo dar de esta forma una respuesta multidisciplinar.

2.7.2. A. Actuación pericial forense

En estas unidades específicas, la respuesta forense va dirigida a construir un informe pericial de alta calidad tanto en su base científica como metodológica, que pueda responder a la petición que el juzgado considere necesaria en cada caso. Por lo que el fin perseguido es auxiliar con su conocimiento específico a los operadores jurídicos encargados de la valoración y la toma de decisiones, quienes como instructores del caso, serán los que decidan los aspectos probatorios que necesitan.

El forense se adaptará a la solicitud realizada en el procedimiento penal abierto, que puede ir orientada a la búsqueda de determinados signos de agresión de unos hechos aislados, y a la valoración específica de un aspecto determinado como pueden ser unas lesiones físicas o psicológicas, un consumo de sustancias psicoactivas, un diagnóstico psiquiátrico, un informe de imputabilidad... o ir orientadas a hacer un estudio integral forense para llegar a un diagnóstico de la violencia de género (Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género, 2008).

2.7.2. B. Valoración integral forense

La valoración integral forense se va a realizar en base a tres ejes (Guía y Manual de Valoración Integral Forense de la Violencia de Género y Domestica, 2005):

- *Eje I:* Personas implicadas
- *Eje II:* Planos de valoración
- *Eje III:* Circunstancias y hechos

Eje I: No sólo se estudia a la mujer, sino que se realiza una valoración de todas las personas implicadas en el acto de la violencia, la víctima, el agresor y los hijos de la pareja. A diferencia de cuando se realiza una pericial aislada de las lesiones de la víctima, o del estado psicológico del agresor, en el que sólo se estudia al sujeto objeto del informe solicitado.

Eje II: Se realiza un estudio de las consecuencias de la situación en el plano físico, psicológico y social. No se analiza sólo una parcela del problema sino que el abordaje es integral.

Eje III: Se estudia la situación valorando los efectos de las agresiones puntuales y de la situación continuada de violencia.

La secuencia de valoración será la siguiente:

- Actuación inicial por el Médico Forense que realizará una valoración de lesiones físicas de la persona agredida y realizará una búsqueda de indicadores de riesgo e historia violenta para realizar la detección de una situación de violencia.

- Si el resultado de la búsqueda es negativo, emitirá el informe de alta de lesiones físicas y la del resultado negativo de detección que se ha llevado a cabo.
- Si el resultado de detección es positivo, el médico forense comunicará al Juzgado la conveniencia de intervención del resto de los miembros del equipo, e informará, que la investigación forense no se podrá cumplimentar con rapidez porque requerirá de más tiempo para llevar cabo una investigación más prolongada.
- A partir de los resultados de la búsqueda de los indicadores de riesgo, cuyo contenido permite discriminar diferentes aspectos susceptibles de ser investigados, el Médico Forense:
 - Indicará la conveniencia de una valoración psicológica de los aspectos relevantes de la persona agredida que realizará el Psicólogo del equipo
 - Realizará una valoración forense del agresor sobre aquellos aspectos que hayan surgido en la detección.
 - Indicará la conveniencia de una valoración de los datos sociales relevantes de la víctima y del agresor que llevará a cabo el Trabajador Social del equipo.
- Cada uno de los profesionales del «equipo forense» emitirán dichos informes centrándose en los aspectos que sean relevantes en el caso.
- Se realizará una sesión clínica de puesta en común de criterios de los miembros. Y se emitirá una valoración del equipo en

aquellos aspectos que los mismos consideren relevantes y de utilidad, como descripción del clima violento que existe, el riesgo de nuevas agresiones o de muerte y las medidas que se aconsejan para proteger a la víctima.

- El Trabajador Social contactará con la Oficina de Atención a la Víctima²⁷ para comunicar la respuesta de atención social que se haya considerado idónea por el equipo.

2.7.2. C. Guía y manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica

Fueron elaborados por el Ministerio de Justicia con el objeto de cumplir la norma en relación a los protocolos de actuación, a los que se hacía referencia en la Disposición Adicional Segunda, de la Ley 1/2004, a la que hemos hecho referencia en las líneas anteriores. Esta norma estableció una obligación directa a la Medicina Forense para diseñar un protocolo de actuación eficaz a través de guiones de trabajo que permitieran responder de forma adecuada a los casos de violencia de género y doméstica regulados en dicha Ley Orgánica.

Basándose en la variabilidad de la violencia de género, la guía establece una secuencia de respuestas forenses con el objetivo de que se adapten a la complejidad y a las circunstancias específicas de cada caso. Este protocolo se divide en dos partes:

²⁷ En los juzgados se encuentra ubicada la Oficina de Atención a la Víctima??

- Una primera parte o *guía*: en la que se resume de forma breve las características especiales de este tipo de violencia, el objetivo del material y el esquema del trabajo forense.
- Una segunda parte o *manual*: más extenso, que da cuerpo a la guía. En la que se señalan detalladamente los pasos de la respuesta forense, en cada caso específico, con el fin de conseguir una buena actuación.

2.7.3 Valoración del riesgo en sede policial y judicial

Haciendo referencia a lo señalado en el capítulo anterior, el equipo forense tiene entre otros objetivos el emitir un informe pericial de la valoración del riesgo de la víctima, tras realizar una valoración integral forense de una situación concreta. La Valoración Judicial del Riesgo se realizaría en base al informe pericial forense del riesgo (realizado estudiando la situación de maltrato, personalidad del agresor...). Pero son contadas las ocasiones en las que al equipo forense se les encarga esta tarea, la mayoría de las solicitudes forenses hacen referencia a análisis específicos de aspectos concretos.

La valoración del riesgo que sí que es realizada en todos los casos es la que llevan a cabo los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. Las Instrucciones 10/07, en primer término, y 14/07 y 5/08, en segundo, de la Secretaría de Estado de Seguridad aprueban y modifican respectivamente, el protocolo para la valoración policial del nivel de riesgo de violencia contra la mujer (Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género, 2008).

La Valoración Policial del Riesgo (VPR) es un informe que refleja la valoración que, el Cuerpo o Fuerza de Seguridad que lo realiza, efectúa del riesgo inicial que ha apreciado. Posteriormente se van realizan si es necesario otras valoraciones que reciben el nombre de Valoración Policial de la Evolución del riesgo (VEPR), que analizan la evolución del riesgo inicialmente apreciado (Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género, 2008).

Son informes policiales con valor de atestado-denuncia, que contemplan factores iniciales de incidencia en el riesgo y los datos o circunstancias posteriores que implican un peligro añadido a la situación de violencia.

Se utiliza para ello un sistema informático con formularios normalizados y el sistema asigna automáticamente los niveles de riesgo: no apreciado, bajo, medio, alto o extremo. Señalando también las medidas de protección que se deben aplicar en función del riesgo.

Las VEPR se van realizando posteriormente según el riesgo detectado con la siguiente periodicidad:

- Cada 72 horas en el caso de riesgo extremo
- Cada 7 días en el caso de riesgo alto
- Cada 30 días en el caso de riesgo medio
- Cada 60 días en el caso de riesgo bajo

Se debe dar traslado del informe al Órgano Judicial y al Ministerio Fiscal tanto de la inicial como de las posteriores que supongan una modificación a mayor o menor gravedad de la última valoración notificada.

Se ha creado²⁸ un fichero de datos personales “Violencia doméstica y de género” en el Ministerio del Interior que tiene por objeto la eficacia en la protección de las víctimas y facilitar el seguimiento de las circunstancias de riesgo y prevenir nuevas agresiones.

²⁸ ORDEN INT/1911/2007, de 26 de Junio y modificada por ORDEN INT/68/2008, de 23 de Enero, para mejorar el acceso y el uso del fichero

2.8 Traducción de la violencia de género en cifras

En febrero de 2009, la OMS publicó un dato escalofriante sobre la violencia ejercida en la mujer, afirmando que entre un 15% y un 71%²⁹ de las mujeres habían sufrido violencia física o sexual infligida por su pareja en algún momento de sus vidas. Añadiendo que estos abusos, que se dan en todas las clases sociales y en todos los niveles económicos, tienen graves consecuencias para la salud de la mujer.

En trabajos como la “macroencuesta” del Instituto de la Mujer del 2006³⁰ (realizada por primera vez en 1999 y repetida posteriormente en 2002 y 2006) se recoge que un 9% del conjunto de la población femenina española mayor de 18 años ha sufrido violencia por parte de su pareja alguna vez en su vida. A las estimaciones oficiales, habría que añadir los casos que conforman la llamada cifra negra, casos de violencia física o psicológica que ocurren dentro del contexto familiar no denunciados y, por tanto, ocultos a las estadísticas, que se estiman representan entre un 10-30% de los casos reales. Por ello, detectar los indicadores de riesgo de la violencia contra la mujer en la relación de

²⁹ Variabilidad del porcentaje basada en la zona geográfica del estudio.

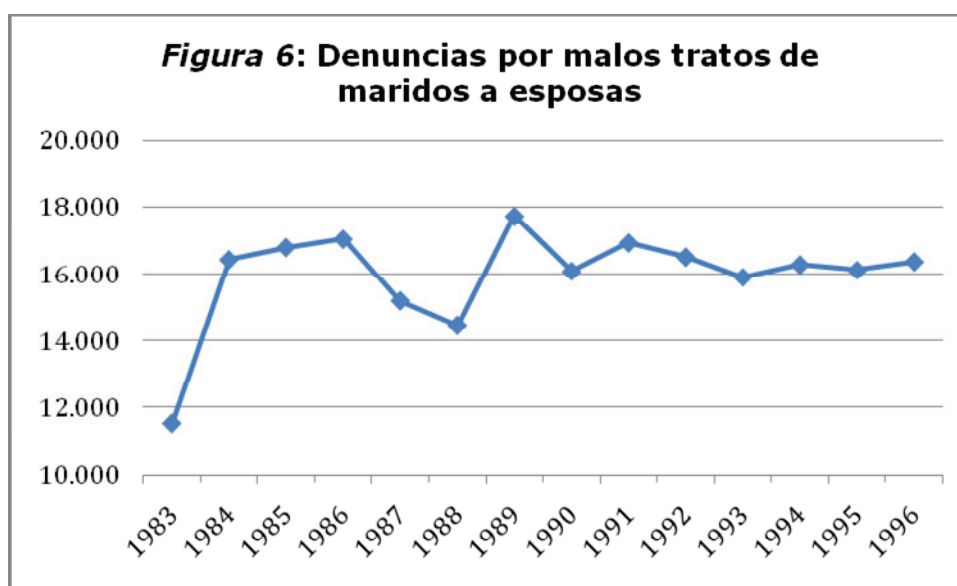
³⁰ III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Abril 2006. Estudio realizado por SIGMA DOS, S.A. para el INSTITUTO DE LA MUJER.

pareja, así como los factores de protección, constituye hoy una tarea prioritaria (Echeburúa, 2008) para intentar prevenir las agresiones.

Estas cifras alarmantes han provocado en la comunidad científica un aumento del interés por el estudio de los agresores y de las víctimas, lo que ha generado un mayor conocimiento de la situación de maltrato, que poco a poco implicará un mayor control de la situación para evitar en la medida de lo posible cifras como las que se exponen en este capítulo.

2.8. A. Cifras de denuncias por violencia de género

Los primeros datos de denuncias por malos tratos, emitidos por el Ministerio del Interior, datan de 1983. Pero resulta imposible contar con una serie homogénea de datos desde el inicio hasta la actualidad, puesto que las estadísticas del Ministerio sobre violencia han ido sufriendo cambios metodológicos y conceptuales.

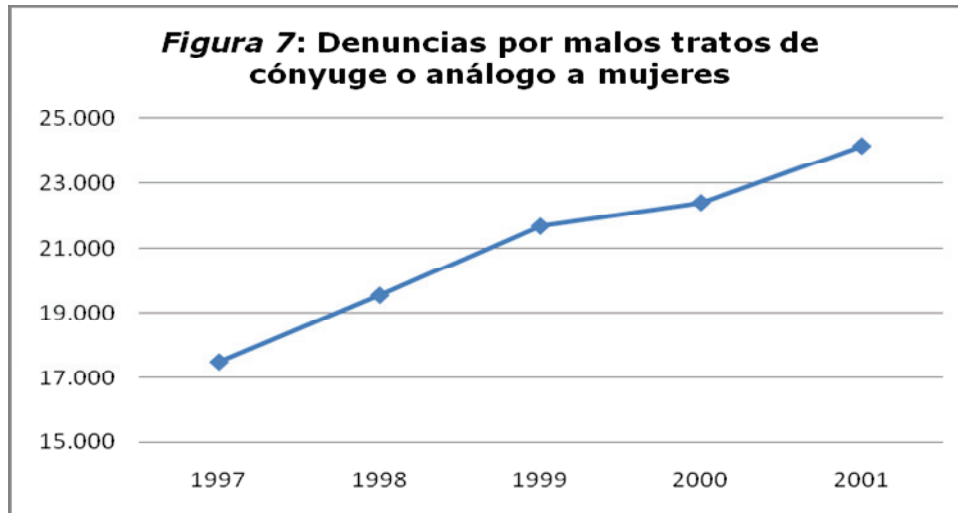


Reproducción Informe del Ministerio de Igualdad sobre denuncias y homicidios, 2008.

Durante los años 1983 a 1996 (Ver Figura #6), el Ministerio del Interior ofrecía datos de denuncias por malos tratos de maridos a sus esposas, incluyendo sólo casos de violencia en el ámbito familiar, no incluyendo aquellos casos en los que la agresión se producía cuando ya se había roto la convivencia. A la vista de los datos se comprueba cómo, durante este período, el número total de denuncias se mantuvo estable, en torno a las 16.000-17.000 anuales.

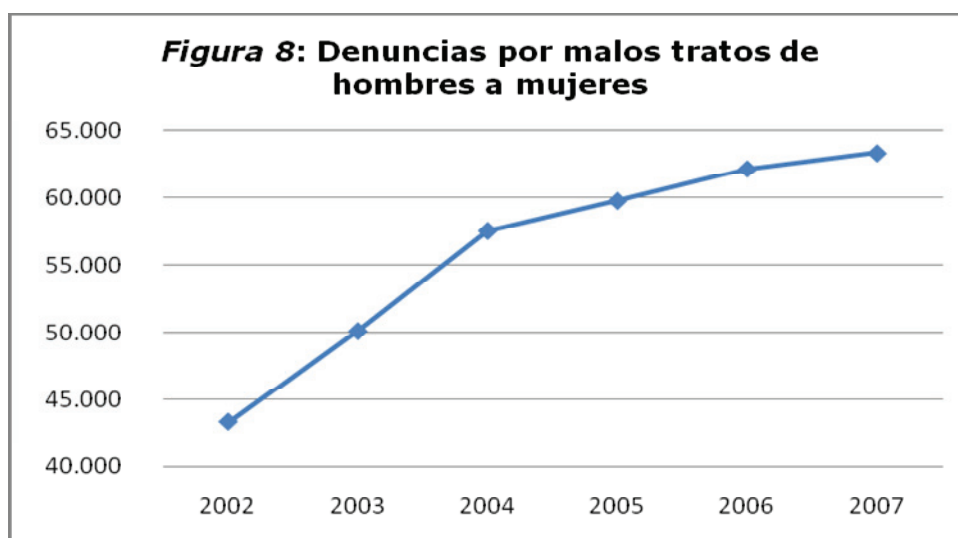
Los datos emitidos entre el período 1997-2001 (Ver Figura #7), incluye denuncias de las mujeres víctimas de violencia por cónyuge o

análogo, incluyendo este último término a las parejas de hecho, pero sin contar con las víctimas en las que el agresor era el excónyuge o parejas sin convivencia (novio o exnovio).



Reproducción Informe del Ministerio de Igualdad sobre denuncias y homicidios, 2008.

A partir del 2002 (Ver Figura #8) los datos emitidos por el Ministerio del Interior ya incluían las denuncias de las mujeres en las que el agresor había tenido o tenía una relación sentimental con la víctima, independientemente de si existía o no convivencia.



Reproducción Informe del Ministerio de Igualdad sobre denuncias y homicidios, 2008.

Desde el 2002 las denuncias aumentaron de forma llamativa, en parte por las reformas legislativas realizadas (Informe del Ministerio de Igualdad sobre denuncias y homicidios, 2008).

En nuestro país, en el año 2008, 400 mujeres al día decidieron denunciar la violencia de género (Lorente, 2008), pero desgraciadamente 76 mujeres fueron asesinadas a manos de sus parejas o exparejas. En 16 de estos 76 homicidios se había interpuesto denuncia previa, mientras que en los otros 60 la víctima no había denunciado (Ministerio de Igualdad, 2009).

2.8. B. Cifras de víctimas mortales en violencia de género

Según la ficha estadística de víctimas mortales emitida por el Ministerio de Igualdad, el año 2009 ha finalizado con 55 víctimas mortales, 21 víctimas menos que en el año anterior. El 2008 fue el año en que se registraron más muertes por violencia de género, con un total de 76 muertes.

Si observamos la Figura #9 en la que se resumen las víctimas mortales desde el año 2003, las cifras han sufrido dos grandes variaciones, en el año 2005 con un total de 57 muertes, y este último año en el que se ha registrado la menor cifra de los últimos 7 años.



Reproducción de Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer.

En el II Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, de fecha 12 de mayo de 2009, se recoge que desde el 1 de enero del 2003 hasta el 31 de diciembre de 2008 se han registrado 414

víctimas mortales de la violencia de género. Si a esta cifra añadimos las últimas víctimas del año 2009, tenemos un total de 469 víctimas en los últimos 7 años, lo que resulta una cifra alarmante, que debe servir como estímulo para luchar desde todos los frentes posibles para que esta cifra sea en un futuro de cero, dejando así de ser noticia.

III. OBJETIVOS

Este trabajo pretende estudiar una serie de aspectos en relación a la violencia de género que tienen gran interés médico forense con objetivos tales como:

1. Describir las características sociodemográficas de la víctima y el agresor, intentando establecer un perfil biosocial de ambos.
2. Conocer la tipología de las lesiones de las víctimas, su asistencia médica y su evolución.
3. Conocer el perfil biopsicosocial del maltrato analizando las características de la agresión y las lesiones, así como las variables demográficas y circunstancias sociales que lo rodean.
4. Estudiar las características de las denuncias interpuestas en el ámbito del maltrato y establecer una tipología.
5. Analizar si existen diferencias entre las distintas nacionalidades en el contexto del maltrato en relación a las variables estudiadas de la víctima, agresor, denuncia, y lesiones.
6. Conocer el riesgo de agresión que tienen las víctimas por evaluación policial, así como analizar si el método utilizado para evaluarlo es el adecuado.

7. Analizar la calidad de los partes de lesiones que se emiten en materia de violencia de género.

8. Analizar si existen diferencias entre los partes de lesiones de violencia de género, según la procedencia o servicio de asistencia médica que los emita.

9. Valorar si es necesario la elaboración de un parte de lesiones único y común, para todos los centros o unidades asistenciales médicas, que recoja la información básica y necesaria para la evaluación de las víctimas de violencia de género.

Con los resultados que se obtengan de este estudio se intentará elaborar un *proyecto de formato de parte de lesiones* para los servicios sanitarios que se ajuste al máximo a los protocolos, y que facilite la labor de los médicos, ofreciendo un instrumento de trabajo viable y práctico, que intente subsanar las deficiencias que en ellos detectemos tras el análisis.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo, en el que se han incluido 250 casos de violencia de género, con procedimiento abierto en un Juzgado de Violencia de Género, de Madrid, entre los meses de enero de 2008 y junio de 2009. Analizándose a 250 mujeres víctimas y a sus 250 agresores.

4.1. A. Selección muestra:

Los criterios que se tuvieron en cuenta para la elección de la muestra fueron los siguientes:

- ✓ Víctima de violencia de género que ha sufrido agresión física.
- ✓ Existencia parte médico de lesiones.
- ✓ Agresor localizado-detenido.
- ✓ Documentación del procedimiento completa.

Se excluyeron todas aquellas situaciones que no cumplieran con los criterios anteriores o que se dieran los siguientes supuestos:

- ✓ Resultado de fallecimiento de la víctima por las lesiones.
- ✓ Agresión con lesiones de más de 72 horas de evolución hasta la interposición de la denuncia y primera valoración médica.

4.1. B. Duración del estudio:

El proyecto del estudio comenzó en septiembre de 2007, con la búsqueda del enfoque y los objetivos que se pretendían conseguir en este trabajo.

Una vez definidos éstos comenzó la búsqueda bibliográfica y material de apoyo.

Posteriormente se seleccionaron las variables que eran necesarias para cumplir los objetivos deseados y se establecieron los criterios de inclusión y exclusión de los casos para el estudio.

Se elaboró un cuestionario (*ANEXO III*), con el que realizar la recogida de datos, y comenzando ésta en enero de 2008 hasta junio de 2009, 18 meses en total.

Posteriormente se procedió al tratamiento estadístico de los datos y análisis de resultados, hasta la finalización del trabajo.

4.2 Fuentes de datos

Toda la información utilizada en el estudio fue recopilada de las fuentes de datos que se detallan a continuación:

- Partes de lesiones de la primera asistencia a la víctima y agresor.
- Valoración médico-forense de víctima y agresor.
- Copia del procedimiento judicial, con las declaraciones de la víctima, agresor y policías que intervienen en el proceso.
- Informe de valoración policial de riesgo de la víctima.
- Formulario de solicitud de orden de protección.
- Resultado de los registros centrales para la Protección de Víctimas de la Violencia Doméstica.
- Resultados de los registros de antecedentes en los archivos informáticos de la Dirección General de Policía.

La valoración médico-forense consistió en lo siguiente:

a) Se realizó una entrevista con la víctima en el proceso de valoración forense en la que se registran los siguientes datos: edad, nacionalidad, actividad laboral, estudios completados, situación familiar, orden de protección previa, descendencia, si es primera agresión, primera denuncia, autoría de la agresión, fecha en la que acudió al médico, fecha de la denuncia, solicitud de orden de protección, descripción de los hechos. Y datos relacionados con su agresor como: consumo de sustancias y antecedentes médicos y psiquiátricos, en el que caso en el que el agresor no fuera a ser valorado.

b) En los casos en los que el agresor debía ser valorado o bien por lesiones o por solicitud judicial de otro tipo, se realizaba la entrevista con el agresor recogiendo los datos referentes a edad, nacionalidad, situación laboral, consumo de tóxicos, antecedentes médicos y psiquiátricos y valoración de las lesiones que hubiera sufrido por su víctima si fuera el caso.

4.3. Recogida de datos: cuestionario de variables

Para la recogida de datos de cada caso, se elaboró un cuestionario de variables, compuesto por 81 preguntas, para dar respuesta a las 81 variables de estudio, con opciones múltiples según la cuestión analizada, agrupadas en 5 bloques:

- a) Variables relacionadas con la víctima
- b) Variables relacionadas con el agresor
- c) Variables relacionadas con la denuncia y la agresión
- d) Variables relacionadas con las lesiones y el informe forense
- e) Variables relacionadas con el parte de lesiones

De esta forma se recogió la información de una forma sistemática y ordenada, que facilitó el trabajo a la hora de volcar los datos en la tabla Excel que se elaboró para el tratamiento estadístico de los datos obtenidos.

En las siguientes páginas se muestra el cuestionario de variables diseñado para el estudio.

CUESTIONARIO DE VARIABLES:

VARIABLES RELACIONADAS CON LA VÍCTIMA:

1. Edad (dato numérico)
2. Nacionalidad
 0. Sudamericana
 1. Europa oriental
 2. Norte de África
 3. Subsahariana
 4. Española
 5. Europa Occidental
 6. Asiática
 7. Centroamérica
3. Actividad laboral
 0. No
 1. Un único trabajo
 2. Pluriempleada
 3. Jubilada
4. Tipo de actividad laboral (abierta):
5. Estudios complementarios:
 0. No registrado
 1. Sin estudios
 2. Graduado escolar
 3. Bachillerato
 4. Universitarios
6. Situación familiar
 0. Casada
 1. Pareja con convivencia
 2. Pareja sin convivencia
 3. Separada
 4. Divorciada
 5. El agresor no es la pareja actual
7. Orden de protección previa
 0. No registrado
 1. Sí
 2. No
 3. Denegada.
8. Solicitud de orden de protección:
 0. No registrado
 1. Sí
 2. No
9. Descendencia (datos numéricos)
 0. No
 1. Hijos con el agresor.
 2. Hijos con otra pareja distinta al agresor.
10. Tiempo de convivencia con el agresor:
 0. No convivencia
 1. 0 - 2,5 años
 2. 2,5 - 5 años
 3. > 5 años
11. Episodios de amenaza explícitas previos:
 0. No registrado
 1. Sí
 2. No
12. Repetición de amenazas explícitas:
 0. No registrado
 1. Sí
 2. No

VARIABLES RELACIONADAS CON EL AGRESOR:

13. Edad: registro de dato numérico
14. Nacionalidad
 0. Sudamericana
 1. Europa Oriental
 2. Norte de África
 3. Subsahariana
 4. Española
 5. Europa Occidental
 6. Asiática
 7. Centroamérica
15. Situación laboral:
 0. Sin trabajo
 1. Un solo trabajo
 2. Pluriempleado
 3. Jubilado
16. Situación en España:
 0. No registrado
 1. Regular
 2. Irregular
17. Consumo habitual de sustancias
 0. No
 1. Cannabis
 2. Cocaína
 3. Alucinógenos
 4. Alcohol
 5. Otros
18. Consumo de alcohol y/o sustancias tóxicas en el momento de la agresión:
 0. No registrado
 1. No
 2. Sí
19. Antecedentes penales y/o policiales del agresor no relacionados con la pareja:
 0. No registrado
 1. Sí
 2. No
20. Antecedentes penales y/o policiales del agresor relacionados con la violencia de género:
 0. No registrado
 1. Sí
 2. No
21. Antecedentes psiquiátricos:
 0. No registrado
 1. Sí
 2. No
22. Posesión de armas:
 0. No registrado
 1. No
 2. Arma blanca
 3. Arma de fuego
 4. Objetos contundentes
23. Presenta lesiones por su pareja:
 0. No registrado
 1. Sí
 2. No
24. Tipo de lesiones físicas que presenta:
 0. No presenta
 1. Hematomas
 2. Eritemas
 3. Erosiones
 4. Heridas
 5. Fracturas
 6. Mordeduras

VARIABLES RELACIONADAS CON LA DENUNCIA Y AGRESIÓN:

25. Riesgo de agresión de la víctima por evaluación policial:
 0. No registro
 1. No apreciado
 2. Bajo
 3. Medio
 4. Alto
26. Primera agresión:
 0. No registrado
 1. Sí
 2. No
27. Primera denuncia:
 0. No registrado
 1. Sí
 2. No
28. Tipo de agresión:
 0. Física
 1. Psicológica
 2. Sexual
29. Mecanismo de producción de la agresión:
 0. No registrado
 1. Agresión con las manos
 2. Empujones
 3. Agresión con arma blanca
 4. Agresión con objeto contundente
 5. Agresión con arma de fuego
 6. Pies
 7. Otros
30. Autor de la denuncia:
 0. No registrado
 1. Víctima
 2. Servicios salud
 3. Cuerpo de la Policía Nacional, Municipal o Local
 4. Otros
31. Vía de la denuncia:
 0. Directa (iniciativa de la víctima)
 1. Indirecta (policial, vecinos, familiares)
32. Lugar de la agresión:
 0. No registrado
 1. Domicilio de la víctima
 2. Domicilio del agresor
 3. Vía pública
 4. Otros
 5. Domicilio de ambos
33. En presencia de quién tiene lugar la agresión:
 0. No registrado
 1. Nadie
 2. Hijos
 3. Familiares directos
 4. Amigos
 5. Otros
34. Tiempo transcurrido entre la agresión y la denuncia:
 0. < 24 h
 1. 24 - 48 h
 2. > 48 h
35. Tiempo transcurrido desde la agresión hasta la primera valoración médica:
 0. < 24 h
 1. 24 - 48 h
 2. > 48 h
36. Tiempo transcurrido desde la agresión hasta el reconocimiento forense:
 0. < 48 h
 1. 48 h - 72 h
 2. > 72 h

VARIABLES RELACIONADAS CON EL INFORME FORENSE:

37. Grado de compatibilidad entre lesiones y hechos-mecanismo causal:
 0. No registrado
 1. Compatible
 2. Parcialmente compatible
 3. No parece compatible
 4. No posible establecer compatibilidad
38. Tipo de lesiones físicas que presenta la víctima:
 0. Ninguna
 1. Hematomas
 2. Eritemas
 3. Erosiones
 4. Heridas
 5. Fracturas
39. Secuelas:
 0. No registrado
 1. Sí
 2. No
40. En caso de presentar secuelas, ¿cuáles?:
41. Tiempo de curación- estabilización secuelas:
 0. No registrado
 1. < 1 semana
 2. > 1 semana
42. Tiempo de impedimento para desarrollar sus actividades habituales:
 0. No registrado
 1. 0 días
 2. 1- 7 días
 3. 7- 30 días
 4. > 30 días
43. Asistencia médica:
 0. Una única asistencia, valoración de la lesionada, tto. sintomático.
 1. Tratamiento médico
44. Tratamiento médico de las lesiones, si hubiera recibido:
 0. No
 1. Inmovilizaciones
 2. Tratamiento psiquiátrico
 3. Tratamiento antibiótico
 4. Tratamiento quirúrgico de las lesiones
 5. Otros
45. Antecedentes previos psíquicos:
 0. No registrados
 1. Sí
 2. No

VARIABLES RELACIONADAS CON VALORACIÓN DEL PARTE DE LESIONES:

46. Se concreta la localización de las lesiones:
 0. Bien
 1. Regular
 2. Genéricamente
47. Se describe el tipo de lesión:
 0. Bien
 1. Regular
 2. Genéricamente
48. Se describen adecuadamente los hematomas en cuanto a localización:
 0. No presenta, no registrado.
 1. Sí
 2. No

49. Se describen adecuadamente los hematomas en cuanto a dimensiones:

- 0. No presenta, no registrado.
- 1. Sí
- 2. No

50. Se describen adecuadamente los hematomas en cuanto a coloración:

- 0. No presenta, no registrado.
- 1. Sí
- 2. No

51. Se describen adecuadamente las erosiones en cuanto a localización:

- 0. No presenta, no registrado.
- 1. Sí
- 2. No

52. Se describen adecuadamente las erosiones en cuanto a dimensiones:

- 0. No presenta, no registrado.
- 1. Sí
- 2. No

53. Se describen adecuadamente las erosiones en cuanto a forma:

- 0. No presenta, no registrado.
- 1. Sí
- 2. No

54. Se describen adecuadamente las erosiones en cuanto a evolución:

- 0. No presenta, no registrado.
- 1. Sí
- 2. No

55. Se describen adecuadamente las heridas en cuanto a localización:

- 0. No presenta, no registrado.
- 1. Sí
- 2. No

56. Se describen adecuadamente las heridas en cuanto a dimensiones:

- 0. No presenta, no registrado
- 1. Sí
- 2. No

57. Se describen adecuadamente las heridas en cuanto a evolución:

- 0. No presenta, no registrado
- 1. Sí
- 2. No

58. Se refleja el estado-daño psíquico síntomas y signos:

- 0. Sí
- 1. No

59. Se describen adecuadamente estado-daño psíquico estableciendo categoría CIE/DSM:

- 0. No registrado
- 1. Sí
- 2. No

60. Se especifica en el parte de lesiones que se trata de un caso de violencia de género:

- 0. Sí
- 1. No

61. Está cumplimentado o realizado con letra clara y legible:

- 0. Sí
- 1. No

62. Presenta tachaduras:

- 0. Sí
- 1. No

63. Aparecen los datos del centro donde se realiza la asistencia:

- 0. Sí
- 1. No

64. Aparecen los datos, nombre y CNP, del facultativo que presta la asistencia:

- 0. Sí
- 1. No

65. Se refleja la fecha y hora del incidente:

- 0. Sí
- 1. No

66. Se refleja el lugar del incidente:

- 0. Sí
- 1. No

67. Se hace referencia a cómo han ocurrido los hechos:

- 0. Sí
- 1. No

68. Se refleja la fecha y hora de la atención:

- 0. Sí
- 1. No

69. Se refleja si la paciente acude sola o acompañada:

- 0. Sí
- 1. No

70. Se hace alguna referencia a si ha habido agresiones previas o si es la primera vez

- 0. Sí
- 1. No

71. Se hace referencia de la existencia de otras personas que hayan sufrido malos tratos en el mismo incidente (niños, personas dependientes a su cargo...) o si ha sido la única persona agredida:

- 0. Sí
- 1. No

72. Se hace referencia a la existencia o no de testigos:

- 0. Sí
- 1. No

73. Aparecen los datos personales, nombre y DNI- NIE, de la víctima:

- 0. Sí
- 1. No

74. Aparecen los datos del supuesto agresor:

- 0. Sí
- 1. No

75. Se reflejan las medidas terapéuticas realizadas:

- 0. Sí
- 1. No

76. Se hace referencia al plan de actuación que se llevará a cabo (alta, derivación a urgencias u otras especialidades)

- 0. Sí
- 1. No

77. Se refleja el pronóstico:

- 0. Sí
- 1. No

78. Se hace referencia a si se ha puesto o no en conocimiento del Juzgado:

- 0. Sí
- 1. No

79. Se refleja la actitud de la mujer hacia la presentación de denuncia:

- 0. Sí
- 1. No

80. Procedencia parte de lesiones:

- 0. No presenta.
- 1. SAMUR.
- 2. MAP, SUAP, SUMMA...
- 3. Hospital.
- 4. Centro de ayuda a la seguridad

81. Siendo Hospital, cuál?

4.4 Variables seleccionadas

Describiremos las variables siguiendo el orden establecido por los bloques de variables comunes descritos para el cuestionario, en relación a la víctima, el agresor, denuncia-agresión, lesiones-informe forense y partes de lesiones:

a) Variables relacionadas con la víctima:

- V1 *Edad*: variable cuantitativa abierta.
- V2 *Nacionalidad*: variable cualitativa. Se establecieron grupos con las nacionalidades de mayor prevalencia en España³¹. Los valores establecidos fueron sudamericana, europea oriental, norte de África, subsahariana, española, europea occidental, asiática, centroamericana.

³¹ Según base de datos del Instituto nacional de estadística, inmigrantes por continentes y países más representados. Año 2007.

- V3 *Actividad laboral*: variable cualitativa, distinguiendo entre las laboralmente inactivas, activas, pluriempleadas o jubiladas.
- V4 *Tipo Actividad Laboral*: variable abierta. Posteriormente se hicieron grupos, con las profesiones más prevalentes, para el análisis de los resultados.
- V5 *Estudios complementarios*: variable cualitativa. Distinguiendo los valores, en función de la graduación de estudios realizados por la víctima: sin estudios, graduado escolar-enseñanza obligatorio, bachillerato, estudios universitarios.
- V6 *Situación familiar*: variable cualitativa. Los valores se diferencian según la relación que mantiene la víctima con su agresor en el momento de la agresión: casada, pareja sentimental con convivencia, pareja sentimental sin convivencia, separados, divorciados, el agresor no es su pareja actual.
- V7 *Orden de protección previa*: variable cualitativa.

Describe si la víctima tenía orden de protección previa frente a su agresor, no tenía orden previa o había sido solicitada pero denegada.

- V8 *Solicitud de orden de protección*: variable cualitativa dicotómica.
- V9 *Descendencia*: variable cualitativa. Hace referencia a si la víctima no tiene hijos, tiene con pareja distinta al agresor y/o los tiene con el agresor.
- V10 *Tiempo de convivencia con el agresor*: variable ordinal. Se distingue en rangos sin convivencia, inferior a dos años y medio, entre dos años y medio y cinco, o superior a cinco años.
- V11 *Episodios de amenazas explícitas previas*: variable cualitativa dicotómica en relación a la existencia de amenazas explícitas realizadas por el agresor anterior al episodio de denuncia.
- V12 *Repetición de amenazas explícitas previas*: variable cualitativa dicotómica en relación a la repetición de amenazas explícitas realizadas por el agresor anterior al episodio de denuncia.

b) Variables relacionadas con el agresor

- V13 *Edad*: variable cuantitativa abierta.
- V14 *Nacionalidad*: variable cualitativa. Al igual que en la variable referente a la nacionalidad de la víctima se establecieron grupos con las

nacionalidades de mayor prevalencia en España³².

Los valores establecidos fueron sudamericana, europea oriental, norte de África, subsahariana, española, europea occidental, asiática, centroamericana.

- V15 *Situación laboral*: variable cualitativa, distinguiendo entre los laboralmente inactivos, activos, pluriempleadas o jubiladas.
- V16 *Situación de legalidad en España*: variable cualitativa dicotómica en referencia a la situación de regularidad de la documentación de inmigración, situación de regularidad o irregularidad.
- V17 *Consumo habitual de sustancias*: variable cualitativa multirrespuesta distinguiendo entre los siguientes valores: cannabis, cocaína, alucinógenos, alcohol y/u otros.
- V18 *Consumo de sustancias-alcohol en el momento de la agresión*: variable cualitativa dicotómica. Implica registro de consumo de sustancias tras valoración médica o por apreciación de las autoridades y fuerzas de seguridad del estado del consumo.
- V19 *Antecedentes penales y/o policiales no relacionados con la pareja*: variable cualitativa

³² Según base de datos del Instituto nacional de estadística, inmigrantes por continentes y países más representados. Año 2007.

dicotómica. Según los registros de antecedentes en los archivos informáticos de la Dirección General de Policía.

- V20 *Antecedentes penales y/o policiales relacionados con la pareja*: variable cualitativa dicotómica. Según los registros centrales para la Protección de Víctimas de la Violencia Doméstica.
- V21 *Antecedentes psiquiátricos*: variable cualitativa dicotómica. Según si existe referencia de antecedentes de patologías psiquiátrica diagnosticada.
- V22 *Posesión de armas*: variable cualitativa multirrespuesta. Referencia a la posesión de armas en la detención, o existencia de pruebas que verifiquen la posesión de armas. Se distinguen los siguientes valores: arma blanca, arma de fuego y/u objetos contundentes.
- V23 *Lesiones*: variable cualitativa dicotómica. Existencia de lesiones producidas por la víctima.
- V24 *Tipo de lesiones*: variable cualitativa multirrespuesta. Las variantes elegidas para describir las lesiones son hematomas, eritemas, erosiones, heridas, fracturas y/o mordeduras.

c) Variables relacionadas con la denuncia y la agresión:

- V25 *Riesgo de agresión*: variable cualitativa. Los valores seleccionados son los establecidos por el protocolo para la valoración policial del nivel de riesgo de violencia contra la mujer, según el cual un sistema informático con formularios normalizados asigna automáticamente los niveles de riesgo: no apreciado, bajo, medio, alto o extremo.
- V26 *Primera agresión*: variable cualitativa dicotómica en relación a si es la primera agresión o ha habido agresiones previas.
- V27 *Primera denuncia*: variable cualitativa dicotómica en relación a si es la primera denuncia que interpone o si ha interpuesto denuncias previas.
- V28 *Tipo de agresión*: variable cualitativa. Distinguiendo tres tipos de violencia, física, psíquica y/o sexual. Considerando *violencia física*: como todo tipo de agresiones corporales (empujones, golpes, ataques con armas, mordeduras, quemaduras, estrangulamientos, mutilaciones...); *violencia sexual*: cualquier actividad sexual no consentida (visionando o participación forzada en pornografía, relaciones sexuales obligadas, tráfico y explotación en la industria del sexo...); *violencia psicológica*: valor amplio que incluye múltiples modalidades de agresión

intelectual o moral (amenazas, aislamiento, desprecio, intimidación e insultos en público...).

- V29 *Mecanismo agresión*: variable cualitativa multirrespuesta distinguiendo entre los siguientes valores según la agresión se lleve a cabo con manos, empujones, arma blanca, objeto contundente, arma fuego, pies y/u otros objetos.
- V30 *Autor de la denuncia*: variable cualitativa. Esta variable hace referencia a quien es la persona que interpone la denuncia en comisaría o en el juzgado, el autor material. Distinguiendo entre víctima, servicios sanitarios, Cuerpos de Seguridad del Estado u otros.
- V31 *Vía de la denuncia*: variable cualitativa dicotómica. Siendo los valores establecidos directa, cuando la iniciativa de poner la denuncia o ponerlo en conocimiento de las autoridades es llevada a cabo por la víctima, o indirecta, cuando por el contrario no es la víctima la que activa el dispositivo de alarma o notificación a las autoridades sino que lo hace la policía, los vecinos o familiares.
- V32 *Lugar de la agresión*: variable cualitativa. Diferenciando si el lugar donde se realiza la agresión es el domicilio de la víctima, domicilio del agresor, domicilio de ambos, vía pública u otro lugar distinto a los lugares referenciados.

- V33 *Agresión en presencia de alguien*: variable cualitativa multirrespuesta. Señalando si no hay testigos, o si es en presencia de hijos, familiares directos, amigos y/u otros.
- V34 *Tiempo transcurrido entre la agresión y la denuncia*: variable ordinal. Valores establecidos en rangos de menos de 24 horas transcurridas entre la agresión y la interposición de la denuncia, entre 24 y 48 horas o superior a 48 horas.
- V35 *Tiempo transcurrido desde la agresión hasta la valoración médica*: variable ordinal. Valores establecidos en rangos de menos de 24 horas transcurridas entre la agresión y la primera valoración médica, entre 24 y 48 horas o superior a 48 horas.
- V36 *Tiempo transcurrido desde la agresión hasta el reconocimiento forense*: variable ordinal. Valores establecidos en rangos de menos de 48 horas transcurridas entre la agresión y la valoración forense, entre 48 y 72 horas o superior a 72 horas.

d) Variables relacionadas con las lesiones y el informe forense:

- V37 *Compatibilidad lesiones- mecanismo causal*: variable cualitativa. Relaciona la compatibilidad de las

lesiones que presenta la víctima con el mecanismo causal que refiere en la entrevista. Los valores de esta variable son: compatible, parcialmente compatible, no parece compatible o no posibilidad de establecer compatibilidad.

- V38 *Lesiones víctima*: variable cualitativa multirrespuesta. Las variantes elegidas para describir las lesiones que presenta la víctima son hematomas, eritemas, erosiones, heridas y/o fracturas.
- V39 *Secuelas*: variable cualitativa dicotómica en relación a si la víctima presentará secuelas derivadas de la agresión.
- V40 *Tipo secuela*: variable cualitativa abierta.
- V41 *Tiempo de curación lesiones*: variable ordinal, con valores inferiores a una semana o más de una semana en establecerse la curación o estabilización de las secuelas.
- V42 *Tiempo impeditivo*: variable ordinal, que refleja el tiempo que se prevé que la paciente estará impedida para desarrollar su actividad laboral habitual. Los valores se establecen entre ningún día impeditivo, entre 1 y 7 días impeditivos, entre 7 y 30 días o superior a 30.
- V43 *Asistencia médica*: variable cualitativa dicotómica que hace referencia a la asistencia

sanitaria que ha tenido que recibir la víctima por las lesiones causadas, siendo las opciones una única asistencia con valoración y tratamiento sintomático, o si por el contrario ha sido necesario además un tratamiento médico posterior para conseguir la curación o estabilización de las lesiones.

- V44 *Tipo de tratamiento médico*: variable cualitativa multivariante, que recoge el tipo de tratamiento médico recibido, siendo las posibles respuestas, ningún tratamiento médico, inmovilizaciones, tratamiento psiquiátrico, tratamiento antibiótico, tratamiento quirúrgico de las lesiones y/u otro tipo de tratamiento, abarcando este último cualquier tratamiento que no haya quedado recogido en los otros valores posibles de la variable.
- V45 *Antecedentes psiquiátricos víctima*: variable cualitativa dicotómica que hace referencia a si la víctima tenía o no registrados episodios de patología psiquiátrica previa a la agresión.

e) Variables relacionadas con el parte de lesiones:

Estas variables muestran la calidad del parte de lesiones, refiriéndose todas a la mención que se haga de las distintas variables que debería contener y de forma adecuada, un parte de lesiones.

- V46 *Correcta localización lesiones*: variable cualitativa que valora si la referencia a la localización de las lesiones que presenta la víctima en el parte de lesiones es correcta, incorrecta, o genérica (con valores de bien, regular o genéricamente respectivamente)
- V47 *Descripción correcta tipo de lesión*: variable cualitativa que valora si la referencia que se hace en el parte de lesiones al tipo de lesión que presenta la víctima, es correcta, incorrecta, o genérica (con valores de bien, regular o genéricamente respectivamente).

Las variables V48 a V57 son variables cualitativas dicotómicas que hacen referencia a si la descripción que se hace de la localización, dimensión, y evolución de las diferentes lesiones según el caso, es correcta o no, o si no está presente la lesión según el caso.

- V48 *Descripción correcta localización hematomas*
- V49 *Descripción correcta dimensión hematomas*
- V50 *Descripción correcta coloración hematomas*
- V51 *Descripción correcta localización erosiones*
- V52 *Descripción correcta dimensión erosiones*
- V53 *Descripción correcta forma erosiones*
- V54 *Descripción correcta evolución erosiones*

- V55 *Descripción correcta localización heridas*
- V56 *Descripción correcta dimensión heridas*
- V57 *Descripción correcta evolución heridas*
- V58 *Referencia estado psíquico*: esta variable cualitativa dicotómica señala si se refleja en el parte de lesiones el estado psíquico que presenta la víctima en el momento de ser valorada, o si por el contrario no se hace ninguna referencia a los signos y síntomas psicológicos que pueda presentar.
- V59 *Referencia categoría CIE/DSM*: variable cualitativa dicotómica que se refiere al registro en el parte de la categoría CIE o DSM de la patología que presenta la víctima.
- V60 *Especificación violencia de género*: variable cualitativa dicotómica que refleja si se especifica que el parte de lesiones pertenece a un caso de agresión de violencia de género o no.
- V61 *Letra clara*: variable cualitativa dicotómica que refleja si el parte está escrito con letra clara y legible o si no presenta esta característica.
- V62 *Tachaduras*: variable cualitativa dicotómica que hace referencia a posibles tachaduras en el parte o no.
- V63 *Datos del centro de asistencia*: variable cualitativa dicotómica que valora si el parte refleja los

datos del centro donde se ha elaborado el parte y se ha prestado la asistencia médica a la víctima.

- V64 *Datos del facultativo*: variable cualitativa dicotómica que valora si el parte refleja los datos del facultativo que ha elaborado el parte y ha prestado la asistencia a la víctima.
- V65 *Referencia fecha y hora del incidente*: variable cualitativa dicotómica que valora si el parte refleja los datos referentes a la fecha y hora en la que ha tenido lugar la agresión.
- V66 *Referencia lugar del incidente*: variable cualitativa dicotómica que valora si el parte refleja los datos referentes al lugar donde se ha producido la agresión.
- V67 *Referencia a cómo ha ocurrido*: variable cualitativa dicotómica que refleja si el parte recoge los datos referentes a cómo se ha producido la agresión.
- V68 *Referencia fecha y hora de atención*: variable cualitativa dicotómica que valora si el parte refleja los datos referentes a la fecha y hora en la que se ha prestado la asistencia.
- V69 *Referencia a si acude acompañada*: variable cualitativa dicotómica que valora si el parte hace

referencia a si la mujer acude sola o acompañada a solicitar asistencia y valoración de sus lesiones.

- V70 *Referencia agresiones previas*: variable cualitativa dicotómica que evalúa si el parte recoge si la mujer ha sufrido agresiones previas o no.
- V71 *Referencia otros agredidos*: variable cualitativa dicotómica que analiza si el parte recoge la referencia a otras personas que hayan podido sufrir agresión en el mismo incidente.
- V72 *Referencia testigos*: variable cualitativa dicotómica que analiza si el parte recoge la referencia de testigos o no, que hayan presenciado la agresión.
- V73 *Referencia datos personales víctima*: variable cualitativa dicotómica que refleja si el parte recoge los datos personales, nombre y documento nacional de identidad de la víctima.
- V74 *Referencia datos personales agresor*: variable cualitativa dicotómica que refleja si el parte recoge los datos personales del agresor
- V75 *Referencia tratamiento*: variable cualitativa dicotómica que evalúa si el parte hace referencia al tratamiento que haya recibido la mujer en la asistencia o no.
- V76 *Referencia plan de actuación*: variable cualitativa dicotómica que evalúa si el parte refleja el

plan de actuación que se llevará a cabo con la mujer tras la asistencia.

- V77 *Referencia pronóstico*: variable cualitativa dicotómica que señala si el parte recoge el pronóstico de las lesiones o no.
- V78 *Referencia comunicación a Juzgado*: variable cualitativa dicotómica que evalúa si el parte refleja si se ha notificado al juzgado o no el caso.
- V79 *Referencia actitud de la mujer a denunciar*: variable cualitativa dicotómica que evalúa si el parte refleja la actitud de la mujer a interponer una denuncia del hecho o no.
- V80 *Procedencia parte de lesiones*: variable cualitativa que hace referencia a la procedencia del parte de lesiones con los valores siguientes: procedencia del SAMUR, procedencia de centros de Atención Primaria ya sean de consulta o de urgencias, procedencia de urgencias hospitalarias o procedencia del centro de apoyo a la seguridad.
- V81 *Hospital*: variable cualitativa abierta, donde se señala el nombre del hospital donde se ha realizado el parte, en el caso de que procedencia del parte de lesiones sea hospitalaria. Posteriormente con los resultados se agruparon en función de su frecuencia en distintos valores correspondientes a los principales

hospitales, y un grupo de “otros” en los que estaban incluidos aquellos hospitales que por el escaso número de casos resultaban insignificantes como entidad independiente.

En el *ANEXO IV* se adjunta el cuestionario en el formato en el que se utilizó para recoger los datos y registrarlos en la tabla Excel para el tratamiento de los datos.

4.5 Baremo de calidad de los partes de lesiones

Para la valoración de los partes de lesiones se elaboró una "*Escala de calidad de partes de lesiones en violencia de género*", que determinara el grado de calidad que presentaban.

La escala no se encuentra validada, no existe en la bibliografía ningún estudio relacionado. Un futuro trabajo sería la validación de la escala para lo que sería necesario aumentar la muestra. Para elaborar la escala se establecieron 10 criterios mínimos que debían cumplirse para poder referirnos a partes de lesiones en violencia de género completos y de calidad.

Estos criterios fueron seleccionados en base a los requisitos básicos que debe cumplir un parte de lesiones en esta materia, según los criterios del "Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género". La escala contaba con los siguientes ítems:

1. Especificación caso de violencia de género
2. Datos de filiación de la víctima

3. Datos personales del facultativo que presta la asistencia
4. Datos referentes a fecha y hora del incidente
5. Ausencia de tachaduras
6. Descripción tipo de lesiones
7. Descripción localización de las lesiones
8. Referencia estado psíquico de la víctima
9. Reflejo de las medidas terapéuticas realizadas
10. Referencia a agresiones previas o si es la primera vez

En función de la relevancia de los ítems se establecieron unos valores para los mismos. Las distintas puntuaciones que se asignaron a los ítems, fueron:

- Dato imprescindible: valor 15 puntos
- Dato necesario: valor 10 puntos
- Dato importante: valor 5 puntos

Los valores que correspondían a cada ítem fueron los siguientes:

- Especificación caso de violencia de género: *sí*, 15 puntos
- Datos de filiación de la víctima: *sí*, 15 puntos
- Datos personales del facultativo que presta la asistencia: *sí*, 15 puntos
- Datos referentes a fecha y hora del incidente: *sí*, 10 puntos
- Ausencia de tachaduras: *sí*, 5 puntos
- Descripción tipo de lesiones: *bien*, 10 puntos
- Descripción localización de las lesiones: *bien*, 10 puntos

- Referencia estado psíquico de la víctima: *sí*, 5 puntos
- Reflejo de las medidas terapéuticas realizadas: *sí*, 10 puntos
- Referencia a agresiones previas o si es la primera vez: *sí*, 5 puntos

De no aparecer reflejado el dato requerido, o hacerlo de forma incorrecta se obtendría una puntuación nula, en el ítem correspondiente.

En función de los criterios que cumplieran los partes, según estuviera registrado o no el dato en el parte analizado, se obtenía una puntuación total, que traduciría la calidad de los mismos, con el siguiente baremo:

- Alta calidad: puntuación obtenida de 90-100
- Calidad intermedia 75-85
- Baja calidad: <70

4.6 Análisis estadístico

Para realizar el análisis de los resultados se ha utilizado el programa estadístico SPSS 16, efectuando un análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes de cada variable, para la caracterización de la muestra participante en el estudio. Además se ha analizado la asociación entre variables con el test o contraste estadístico de Chi-cuadrado en tablas de contingencia ($p < 0,05$).

Las tablas de contingencia elaboradas han servido de base para la caracterización de determinados grupos predefinidos por variables establecidas. Obtenemos los valores en porcentajes por filas y valores residuales ajustados. Los residuales se contrastan en una distribución $N(0,1)$ con valor superior a 2.

También se han establecido distintas tipologías mediante el programa SPAD.N obteniendo grupos con características comunes en función de las variables consideradas. Se han establecido tipologías para las lesiones de la víctima, denuncias interpuestas y maltrato. Además de obtener los perfiles biosociales de víctima y agresor.

V. RESULTADOS

5.1. Descripción de la muestra

Para la exposición de los resultados obtenidos del análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes de las variables hemos agrupado los datos obtenidos en función de la agrupación previa de las variables, obteniendo así la siguiente distribución:

1. Resultados relacionados con las víctimas.
2. Resultados relacionados con los agresores.
3. Resultados relacionados con las circunstancias que rodean al maltrato y a la denuncia.
4. Resultados relacionados con las lesiones y el informe forense.
5. Resultados relacionados con los partes de lesiones

5.1.1. Resultados relacionados con las víctimas

La media de **edad** de las víctimas fue de 33 años, siendo la distribución por edades la mostrada en la Figura #10. La edad mínima fueron 17 años y la edad máxima 62 años.

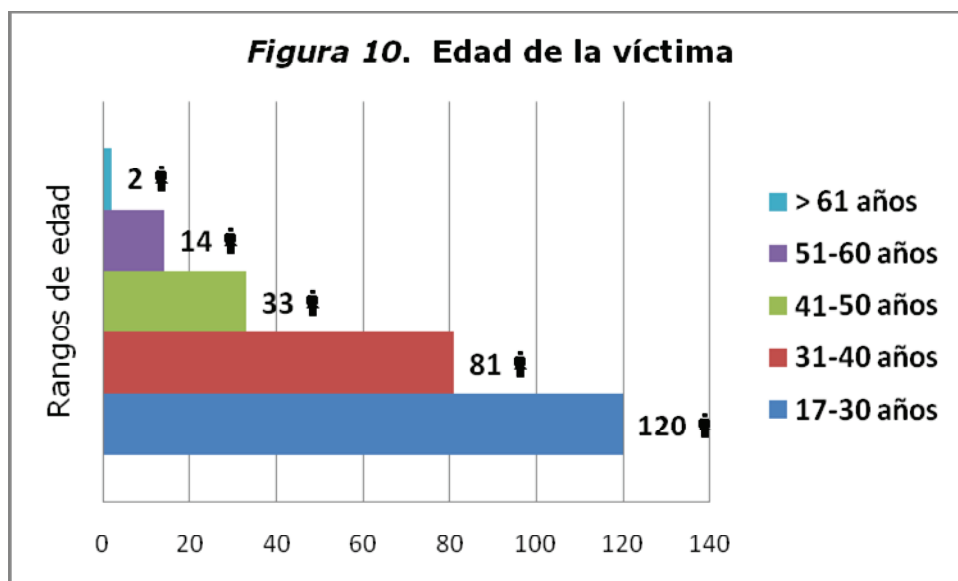


Figura 10.

La gran mayoría de las víctimas, el 80,4% (201 mujeres) son menores de 40 años, siendo un total de 120 mujeres las que tienen

menos de 30 años. Por encima del rango de los 60 años había 2 víctimas.

En cuanto al **lugar de origen** de la víctima el 49% (122) eran sudamericanas, el 35% (87) españolas, el 5% (13) de Europa oriental, menos de un 5% (4,8%) del norte de África, el 5,6% (14) de Centroamérica y menos de un 1% (0,8%) asiáticas. La mayoría de las víctimas, en un 65% (163) de los casos, eran extranjeras.

De las extranjeras, las sudamericanas (49%) fueron el grupo predominante con 122 mujeres víctimas, distribuyéndose según su nacionalidad como se muestra en la Figura #11.

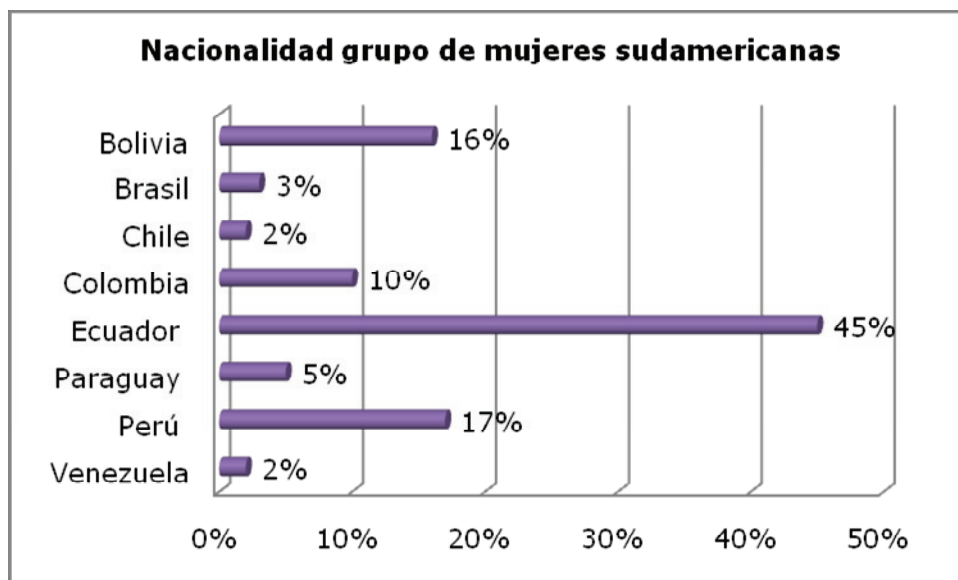


Figura 11.

Los datos expuestos en la Figura #11 ponen de manifiesto que las nacionalidades con mayor número de mujeres víctimas de violencia de género son: en primer lugar Ecuador con un 45% (55) que se encuentran en la cabeza de la lista y a una distancia considerable con

porcentajes mucho menores se encuentran Perú y Bolivia con un 17% (21) y un 16% (20) respectivamente, seguidos de Colombia con un 10% (12), y Paraguay con un 5% (6), Brasil 3% (4) y al mismo nivel con igual porcentaje del 2% se encuentran Venezuela y Chile.

La mayoría de las mujeres eran **laboralmente** activas, el 67,2% (168), encontrándose en situación de desempleo el 32,8% (82). El 4,4% (11) de las mujeres trabajadoras estaban pluriempleadas.

En relación a la actividad laboral desempeñada, las labores más frecuentes fueron las tareas domésticas con un 30,4% (51) de las mujeres trabajadoras, el 19% (32) trabajaban en hostelería, con un porcentaje similar, 18,5% (31) labores relacionadas con la limpieza, el 9,5% (16) eran dependientas, otro 9,5% (16) administrativas, y un 13,1% (22) otras profesiones³³.

³³ Bajo el epígrafe otras profesiones, se incluyeron todas aquellas profesiones que no eran las que se encuadraban en los otros epígrafes.



Figura 12.

Tan sólo un 1,6% (4) no presentaba **estudios**, mientras que habían completado estudios primarios el 45% (112) de las víctimas, el 38,2% (95) tenían estudios de bachillerato y un 15,2% (38) tenían estudios universitarios (Ver Figura #12).

En cuanto a su situación familiar y **relación que mantenían con el agresor**, el 30,4% (76) de las víctimas estaban casadas con el agresor, el 46% (115) mantenían una relación de pareja con convivencia, el 8,8% (22) mantenían una relación de pareja sin convivencia y en el 14,8% (37) de los casos el agresor fue expareja de la víctima (Ver Figura #13)

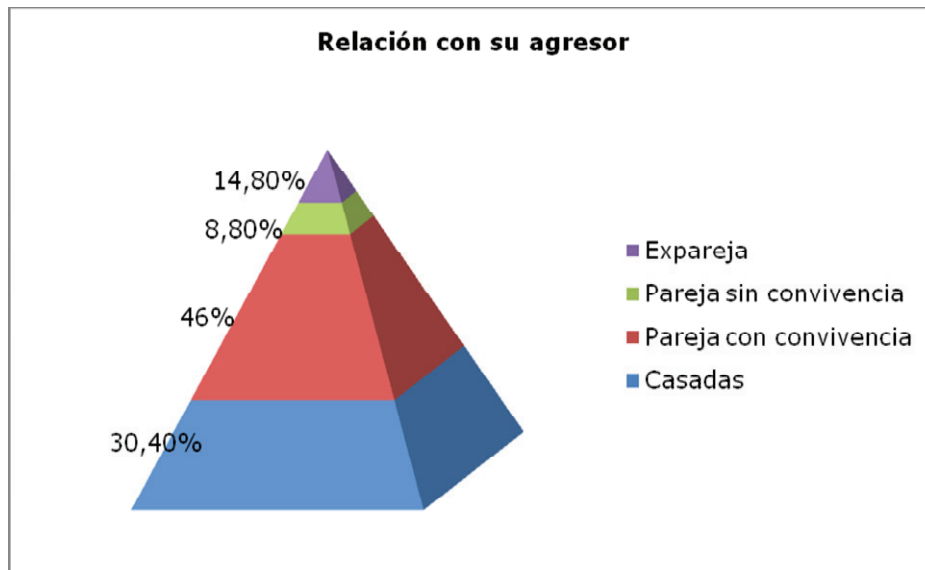


Figura 13.

El 91,2% (227) de las víctimas no tenía **orden de protección previa**, sólo el 8% (20) tenía orden de protección concedida, y al 0,8% (2) les había sido denegada en una solicitud previa.

La mayoría de las víctimas, 76,4% (191), solicitaron orden de protección, frente a un 23,6% que decidió no solicitarla.

El 71,2% (178) de las mujeres tenían hijos, frente a un 28,8% (72) que no tenía **descendencia**. De las mujeres que tenían descendencia en el 58,4% (104) de los casos sólo tenían hijos de su relación con el agresor, en el 28,6% (51) de los casos sólo tenían hijos de otra pareja previa a su relación con el agresor, y en un 13% (23) de los casos tenían hijos de su relación con el agresor y de relaciones previas.

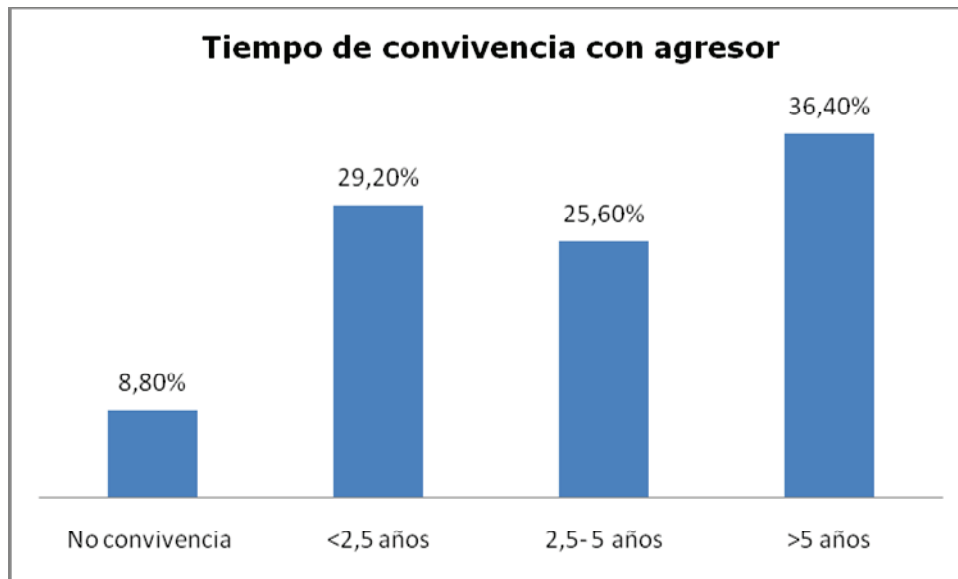


Figura 14

Como se muestra en la Figura #14 en la que se detalla el **tiempo de convivencia con el agresor**, el 29,2% (73) de las mujeres había convivido con su agresor menos de dos años y medio, el 25,6% (64) de ellas había convivido entre dos años y medio y cinco años, el 36,4% (91) la convivencia fue superior a 5 años y en el 8,8% (22) de los casos no llegó a haber convivencia.

En relación a si habían existido **episodios de amenazas explícitas previas y repetición de estas amenazas**, en un 81,2% (203) de las ocasiones había habido episodios de amenazas explícitas previas, y en un 76% (190) de los casos estas amenazas se habían repetido.

5.1.2. Resultados relacionados con los agresores

La media de **edad** de los agresores fue de 35 años, siendo la distribución por edades la mostrada en la Figura #15. La edad mínima fueron 18 años y la edad máxima 77 años.

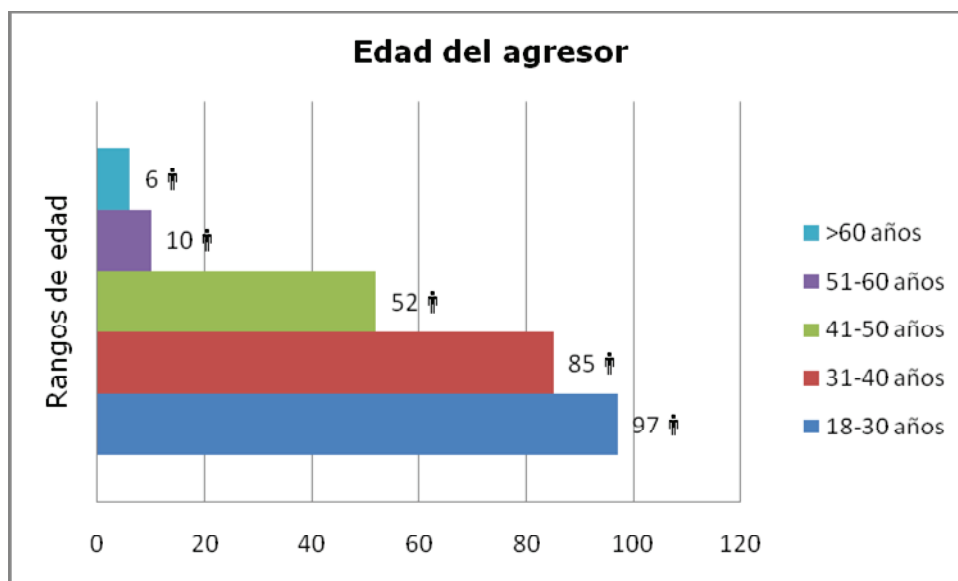


Figura 15

La gran mayoría de los agresores 72,8% (182) se encontraban en el rango de edad inferior a 40 años, encontrándose fuera de este rango

el 27,2% (68) de los agresores. Con edades superiores a los 60 años se encontraban el 2,4% (6) de los agresores.

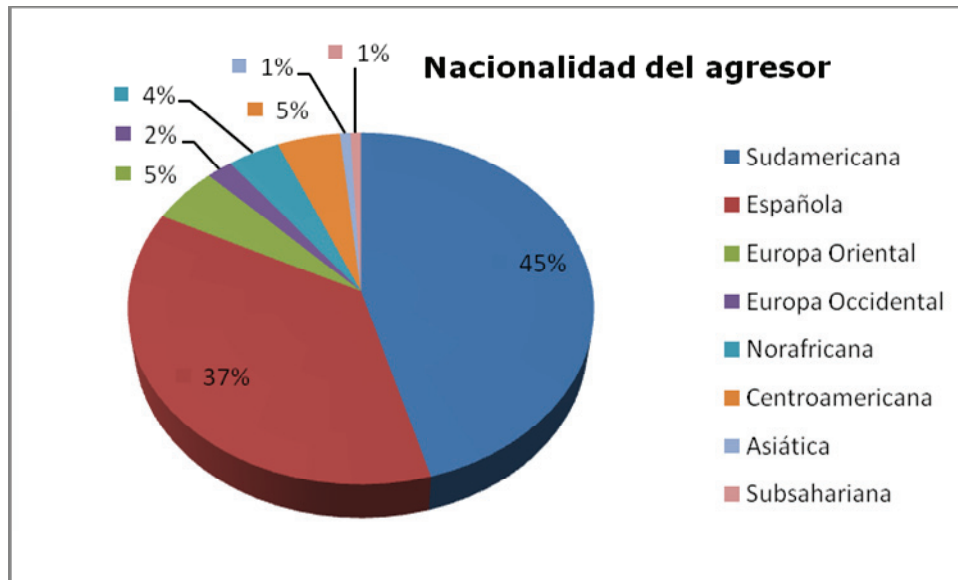


Figura 16

En cuanto al **lugar de origen** del agresor el 45,6% (114) eran sudamericanos, el 36,8% (92) españoles, el 5,2% (13) de Europa oriental, el 4% (10) del norte de África, el 4,8% (12) de Centroamérica, el 2% (5) de Europa occidental y con igual frecuencia con 0,8% (2) asiáticos y subsaharianos (Ver Figura #16). La mayoría de los agresores, en un 63,2% (158) de los casos, eran extranjeros. De los extranjeros, los sudamericanos fueron el grupo predominante, con una frecuencia del 72% de los extranjeros. De este grupo, las nacionalidades con mayor número de agresores son: los ecuatorianos con un 50% (57) de los extranjeros, siendo el grupo de agresores extranjeros predominante, y representando un porcentaje del 22,8% del total de agresores; a una distancia considerable con porcentajes mucho menores se encuentran los

peruanos y bolivianos con un 17,6% (20) y un 15% (17) respectivamente, seguidos de los colombianos con un 4,4% (5), y paraguayos y argentinos compartiendo porcentaje del 3,5% (4), venezolanos con un 2,6% (3) y por último y al mismo nivel con igual porcentaje del 1,7% (2) se encuentran los chilenos y brasileños.

La mayoría de los agresores eran **laboralmente** activos representando un porcentaje del 77,6% (194), encontrándose en situación de desempleo el 19,2% (48) y jubilados el 3,2% (8). Sólo el 4,1% (8) de los trabajadores se encontraban pluriempleados.

Sólo el 10,7% (17) de los agresores extranjeros, se encontraban en **situación de irregularidad** en España, lo que supone un 6,9% del total de los agresores.

En relación al **consumo de sustancias**, casi la mitad de los agresores, el 49,4% (123), consumía algún tipo de sustancias habitualmente, siendo el alcohol la sustancia más consumida habitualmente con una frecuencia del 43% (107) de los agresores. El 10,4% (26) de los agresores refería ser consumidor habitual de cocaína, y el 8% (20) de cannabis. La relación de sustancias consumidas habitualmente, se resume en la Figura #17.

En el momento de la agresión el 29,9% (73) de los agresores habían consumido alcohol y/o sustancias tóxicas.

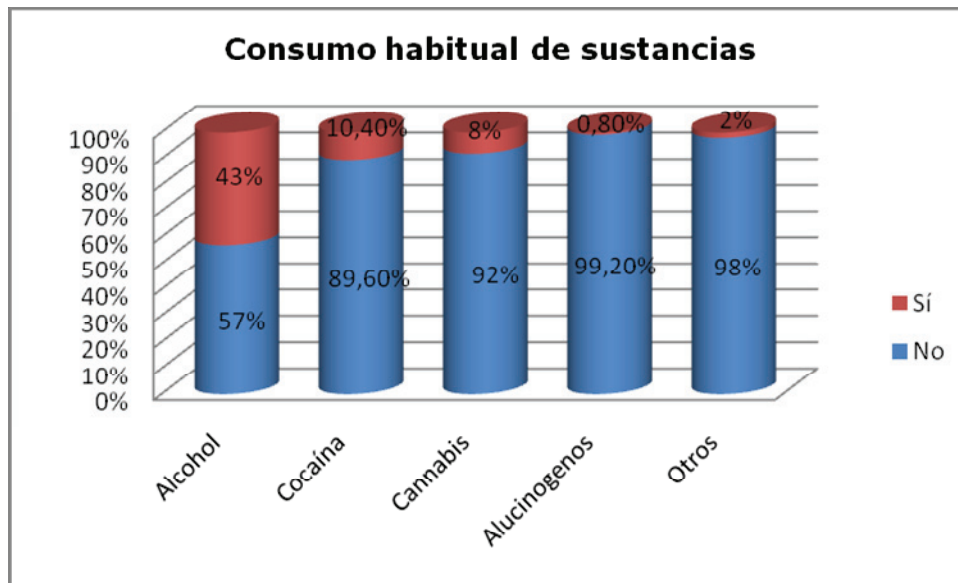


Figura 17

De los agresores, la mayoría, el 64% (160) no presentaba **antecedentes penales y/o policiales** de ningún tipo, el 17,6 % (44) de ellos tenía antecedentes penales no relacionados con la violencia de género, un porcentaje similar, el 14,8% (37), presentaban antecedentes relacionados con la violencia de género y un 3,6% (9) presentaban antecedentes penales y/o policiales de los dos tipos (Ver Figura #18).

El 6,9% (16) de los agresores tenía **antecedentes psiquiátricos** diagnosticados, frente a un 93,1% (215) a los que no se les había reconocido ninguna patología psiquiátrica.

En el momento de la detención el 11,3% (27) de los agresores poseía algún tipo de arma. De entre las **armas** incautadas se obtuvieron

armas blancas en un 7,9% (19) de los casos, armas de fuego en un 2,5% (6) y objetos contundentes en un 0,4% (1).

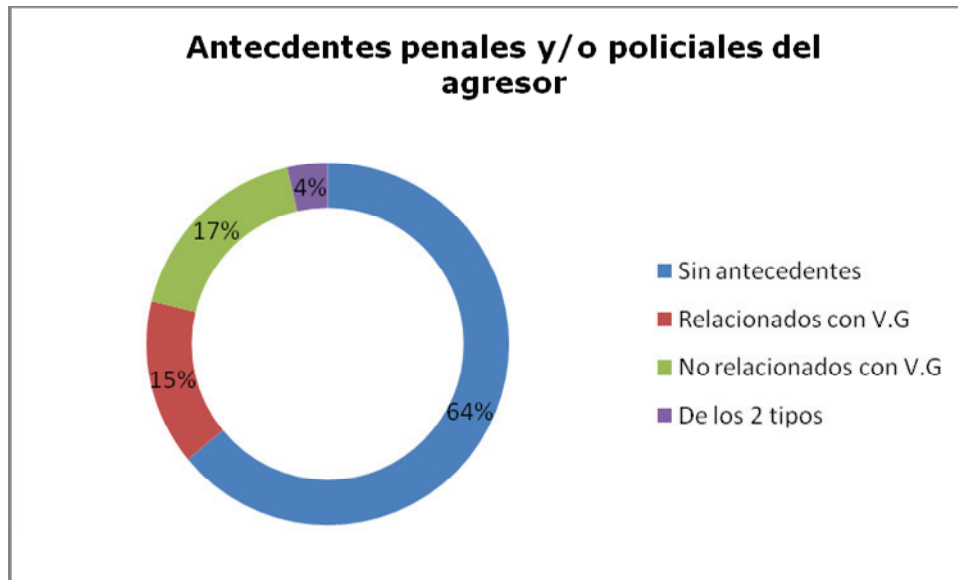


Figura 18

De los agresores presentaban **lesiones** realizadas por la víctima el 19,3% (47), frente a un 80,7% (196) que no presentaba ninguna lesión. De entre las lesiones que presentaban los agresores la mayoría eran erosiones que aparecían en el 14,8% (36) de los casos, hematomas que estaban presentes en el 6,6% (16) de ellos, eritemas en el 3,7% (9) y en 2 de los agresores se evidenciaron mordeduras humanas. En ninguno de los casos se diagnosticaron heridas ni fracturas.

5.1.3. Resultados relacionados con las circunstancias que rodean al maltrato y la denuncia

En un 20% (50) de los casos la víctima refirió que era la **primera agresión**, mientras que en un 80% (200) de los casos había habido agresiones anteriores por parte del agresor denunciado.

En un 82,4% (206) de los casos la víctima era la **primera vez que denunciaba**, frente a un 17,6% (44) de las mujeres que habían denunciado en otras ocasiones a su agresor (Ver Figura #19).

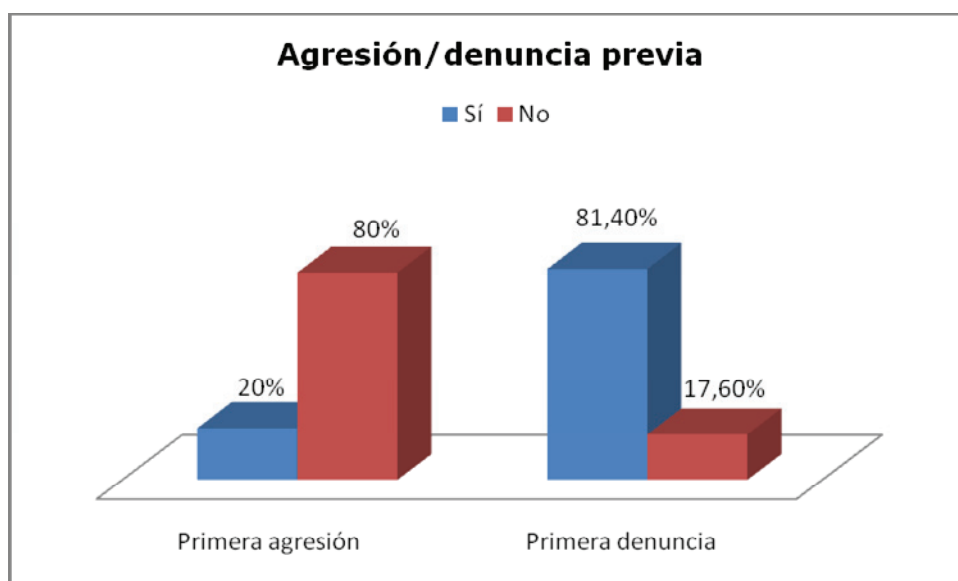


Figura 19

En relación al **riesgo de agresión a la víctima** (Ver Figura #20) según la evaluación policial, en el 18,8% (32) de los casos no se apreció riesgo, en el 37,6% (64) el riesgo era bajo, en el 30,6% (52) de los casos el riesgo era medio, y en el 12,9% (22) de los casos el riesgo era alto. Estos resultados son en base a los porcentajes válidos ya que en un 32% (80) del total de casos no se registró la valoración de riesgo, siendo la principal causa (80%) la existencia de problemas informáticos a la hora de realizar el registro.

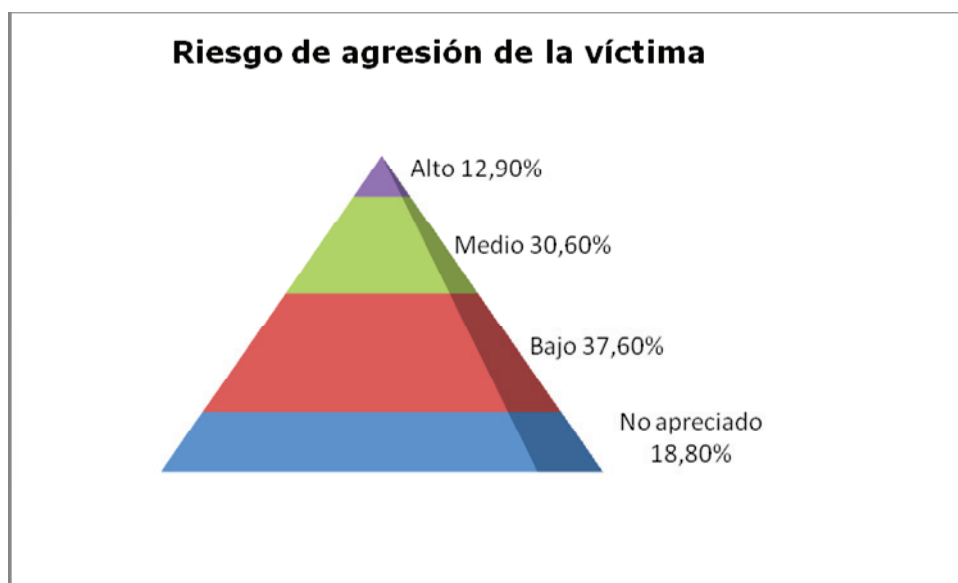


Figura 20

En cuanto al **tipo de maltrato** sufrido el 100% de las mujeres denunciaron haber sufrido maltrato físico³⁴, en el 35,2% (88) de los casos además denunciaron maltrato psicológico, y en un 5,2% (13) de

³⁴ Teniendo presente que era uno de los criterios de selección de las víctimas.

los casos además denunciaron agresión sexual. Un 2,8% (7) de las mujeres sufrieron agresión física, psicológica y sexual.

En relación a los **mecanismos de producción de la agresión**, en la mayoría de los casos utilizaron las manos, estando presente este mecanismo en un 92,8% (232) de los casos, seguido de empujones que fue el segundo mecanismo de agresión más utilizado en un 41,6% (104), en tercer lugar se utilizaron las patadas como mecanismo de producción de la agresión estando presente en el 18% (45) de los casos, y entre otros mecanismo de agresión se encontraron, aunque en menor porcentaje armas blancas con un 4,4% (11), objetos contundentes en el 1,6% (4) y otros mecanismos (como lanzamiento de objetos) en el 7,6% (19) de los casos. No se detectó ningún caso de agresión con arma de fuego.

En el 93,6% (234) de los casos el **autor de la denuncia** ha sido la propia víctima, excepto en un 6,4% (16) en el que los autores de la denuncia han sido los cuerpos de seguridad del estado u otros³⁵, con unos porcentajes del 4,8% (12) y 1,6% (4) respectivamente.

Si nos referimos a la **vía de la denuncia**, los resultados son distintos, ya que por vía directa (iniciativa de la víctima) fueron interpuestas el 52% (130) de las denuncias, mientras que el resto, un

³⁵ Considerándose dentro de este grupo *otros*, familiares, amigos de las víctima o agresor, que sea conocedor o testigo de la situación.

48% (120) fueron llevadas a cabo de forma indirecta por policía, vecinos, amigos o familiares.

En relación al **lugar donde se produce la agresión** (Ver Figura #21), el 44,4% (111) tiene lugar en el domicilio de ambos, seguido del domicilio de la víctima en el 23,2% (58) de los casos frente al 4% (10) de las agresiones que tienen lugar en el domicilio del agresor. Un alto porcentaje de las agresiones tiene lugar en la vía pública, el 25,2% (63). Un 3,2% (8) de las agresiones tienen lugar en otros sitios distintos a los mencionados.

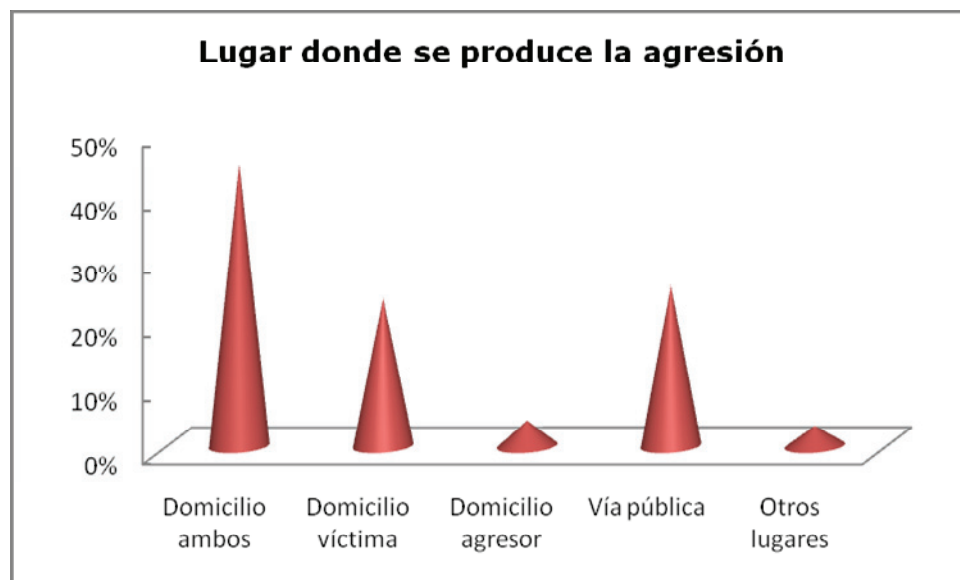


Figura 21

En un 58,5% (145) de los casos la agresión se realizó en **presencia de testigos**, existiendo un 41,5% de los casos en los que la agresión se llevó a cabo estando solos la víctima y el agresor. La agresión fue presenciada por hijos en un 29,8% (74) de las agresiones,

por familiares directos en un 7,7% (19) de las agresiones, por amigos en un 13,3% (33) de los casos y por otros en un 14,9% (37) de los casos.

En la mayoría de los casos no pasaron más de 24 horas desde la agresión hasta la interposición de la denuncia, ya que el 89,2% (223) de las denuncias fueron puestas en las primeras 24 horas tras la agresión, al igual que la primera valoración médica que en el 94,4% (236) de los casos se llevaron a cabo también en las primeras 24 horas. Realizándose fuera de este período el 10,8% (27) y el 5,6% (14) respectivamente. Esta relación de **tiempos** puede observarse en el siguiente gráfico (Ver Figura #22).

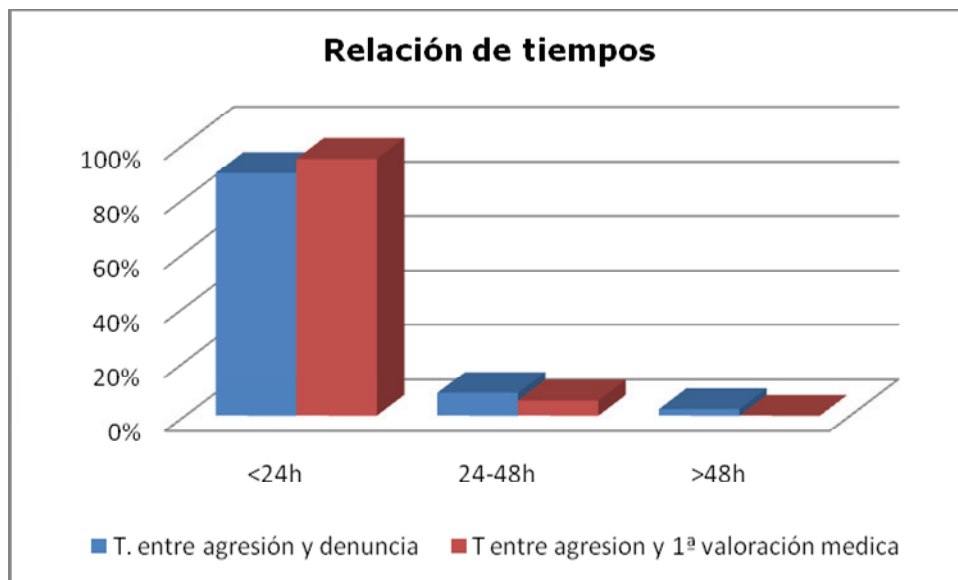


Figura 22

En cambio como se observa en este mismo gráfico (Figura #22) si nos referimos al tiempo transcurrido desde que se produce la agresión hasta la valoración forense, los datos varían, ya que en el 38,4% (154) de los casos la valoración forense tiene lugar transcurridas 48 horas desde la agresión, siendo en un 23,2% (58) entre 48-72 horas y en un 15,2% (38) por encima de las 72horas. No obstante son realizadas en las primeras 48 horas desde la agresión el 61,6% (154) de las exploraciones forenses.

5.1.4. Resultados relacionados con las lesiones y el informe forense

La mayoría de las víctimas presentaban **lesiones** con una frecuencia del 96,8% (242) de los casos, sólo en un 3,2% (8) de ellas no existían lesiones.

Entre las lesiones que se objetivaron en las víctimas las más frecuentes fueron los hematomas estando presentes en el 67,6% (169) de las víctimas, y seguidos de las erosiones que las presentaban el 41,2% (103) de las víctimas. Un 18,8% (47) tenían eritemas. Y con una frecuencia menor están los casos en los que aparecían heridas, que fue en un 10,4% (26) de ellos y fracturas que fue en el 6% (15), siendo con ese porcentaje las lesiones menos frecuentes (Ver Figura #23).

Al establecerse la **compatibilidad de los hechos y mecanismo causal con las lesiones**, en el 97,2% (242) de los casos las lesiones fueron compatibles, en un 0,8% (2) de los casos eran parcialmente compatibles, en un 1,6% (4) no parecían compatibles y en un 0,4% (1)

no fue posible establecer la compatibilidad de las lesiones con el mecanismo causal y los hechos.

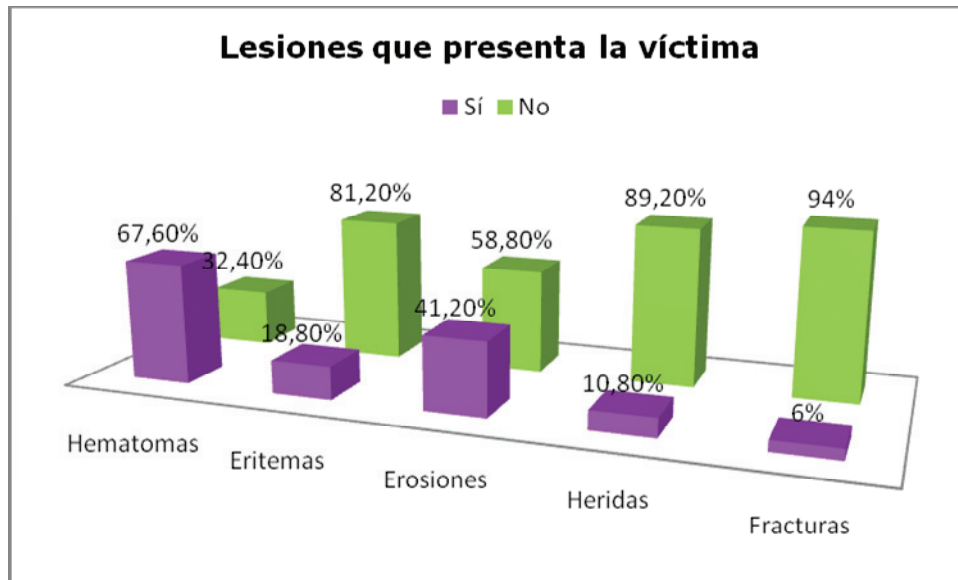


Figura 23

En la mayoría de las mujeres, con una frecuencia del 88,8% (222) la curación resultó sin **secuelas**, frente a un 11,2% (28) de ellas que tuvieron secuelas tras obtener la sanidad de las lesiones. Entre las secuelas registradas se encuentran cicatrices en su gran mayoría, rigidez de articulaciones interfalángicas de los dedos y pérdida de piezas dentarias.

En relación a los **tiempos de curación o estabilización de las secuelas**, el 67,7% (168) de las lesiones se estabilizaron-curaron en menos de una semana, y en el 32,3% (80) de los casos fue necesaria más de una semana hasta que las lesiones se estabilizaron-curaron.

Presentaron impedimento para desarrollar sus actividades habituales el 23,6% (59) de las mujeres debido a sus lesiones. Sólo el 9,2% (23) de las mujeres estuvo impedida para realizar sus actividades habituales más de una semana, el resto 14,4% (36) lo estuvieron menos de una semana. Las relaciones de los tiempos impeditivos se muestran en la Figura #24.

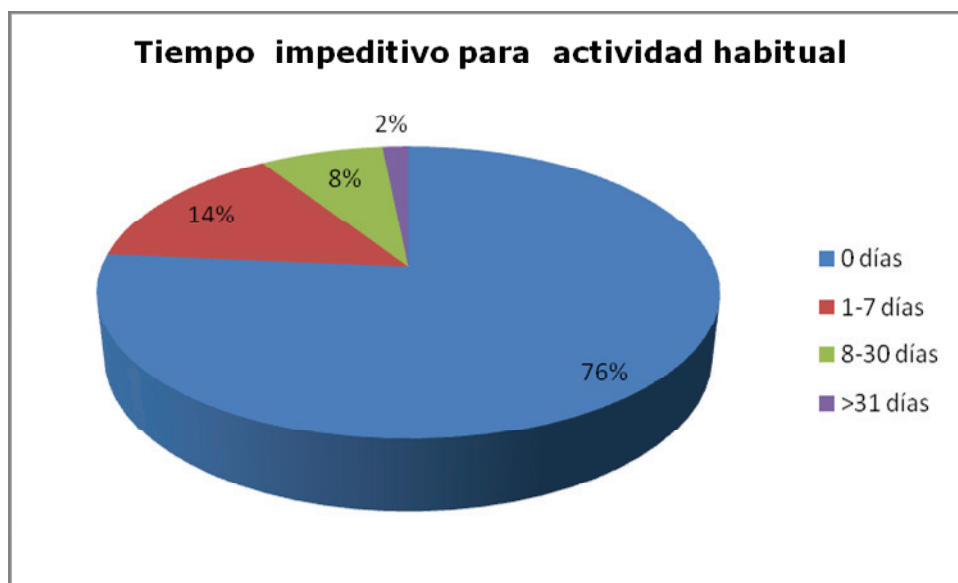


Figura 24

La mayoría de las lesiones representadas por un porcentaje del 86,8% (217) sólo necesitaron de una primera **asistencia médica** para su curación, fue necesario realizar un tratamiento médico en el 13,2% (33) de las víctimas. Entre los tratamientos médicos llevados a cabo se realizaron inmovilizaciones en un 4% (10), tratamientos psiquiátricos en un 0,4% (1), tratamientos quirúrgicos en un 8% (20), tratamientos antibióticos en un 4% (10) y otro tipo de tratamiento en el 1,6% (4) de los casos.

Las pacientes no presentaban en su mayoría **antecedentes psiquiátricos** (84,3%), sólo un 15,7% (37) de ellas tenía o había tenido alguna patología psiquiátrica diagnosticada.

5.1.5. Resultados relacionados con los partes de lesiones

En relación a los resultados obtenidos tras el estudio de los partes de lesiones emitidos en los casos de violencia de género analizados se ha obtenido que en el 90% (225) de los partes el **tipo de lesión** se describe bien, siendo compatible con el examen forense, existiendo un 6,4% (16) de ellos que hacen referencia a las lesiones de forma genérica, y con una frecuencia del 3,6% (9) en el que las lesiones están descritas de forma regular, sin ser compatible con el tipo de lesión que se describe en el informe forense.

Analizando los resultados obtenidos de las **lesiones de tipo hematoma** (presentes como ya se ha comentado en el 67,6% de los casos), cabe decir que en relación a la compatibilidad de la **localización** de los mismos con lo observado por el forense, se da el caso que el 93,5% (158) de los hematomas están correctamente descritos, frente a un 6,5% (11) en los que la descripción de la localización dada en el parte no es correcta.

Si analizamos la descripción en cuanto a si se reflejan las **dimensiones** del hematoma, se observa que en el 55,7% (94) de los casos se hace una buena referencia de sus dimensiones, frente a un 44,3% (75) en los que o bien no se refleja el tamaño, o se hace de forma incorrecta.

Al valorar en los partes si aparece la descripción de la **coloración del hematoma-evolución**, se obtiene que en el 75,4% (128) de los partes en los que aparece como lesiones hematomas, no tienen reflejado el dato de la coloración-evolución del mismo.

Analizando los resultados obtenidos de las **erosiones** (presentes en el 44% de los casos), se observa que en relación a la compatibilidad de la **localización** de las mismas con el informe forense, el 97,1% (100) de las erosiones están correctamente descritos, frente a un 2,9% (3) en los que la descripción de la localización reflejada en el parte de lesiones no es correcta.

Si analizamos la descripción en cuanto a si se reflejan las **dimensiones** de las erosiones, se observa que en el 55,3% (57) de los casos se hace una buena referencia de sus dimensiones, frente a un 44,7% (46) en los que o bien no se refleja el tamaño de la lesión, o se hace de forma incorrecta.

En relación a la descripción de la **forma** que presenta la erosión, se refleja correctamente en el parte de lesiones en un 62,1% (64) de los casos, mientras que en un 37,9% (39) de ellos no se hace referencia a la forma o se hace mal.

Al valorar en los partes si se hace referencia a la **evolución** de las erosiones, se obtiene que en el 78,6% (81) de los partes en los que aparece como lesiones las erosiones, no tienen reflejado el dato de la evolución de las mismas. Este dato sólo aparece en el 21,4% de esos partes.

Si analizamos los resultados obtenidos de las **heridas** (presentes en el 10,4% de los casos), cabe decir que en relación a la compatibilidad de la **localización** de éstas con lo observado por el forense, se da el caso que en el 100% (26) está correctamente descrita la localización.

Si nos referimos a si aparecen reflejadas las **dimensiones** de las heridas, se observa que en el 92,3% (24) de los casos se hace una buena referencia de sus dimensiones, frente a un 7,7% (2) en los que o bien no se refleja el tamaño, o se hace de forma incorrecta.

Al valorar en los partes si aparece descrita la **evolución** de las heridas, se obtiene que en el 53,8% (14) de los partes en los que aparecen las heridas como lesiones, sí tienen reflejado el dato de la evolución de las mismas.

En la Figura #25 se resumen los resultados del análisis de la descripción de las lesiones que aparecen en los partes médicos de lesiones.

El **estado-daño psíquico de la víctima** queda reflejado en el 30,8% (77) de los partes de lesiones, no haciéndose referencia a la **categoría establecida por CIE/DSM** del estado psicológico que

presenta la víctima en ninguno de los 250 casos estudiados. En el 69,2% (173) de los partes no aparecía reflejado el estado psicológico que presentaba la paciente en el momento de la primera valoración médica.

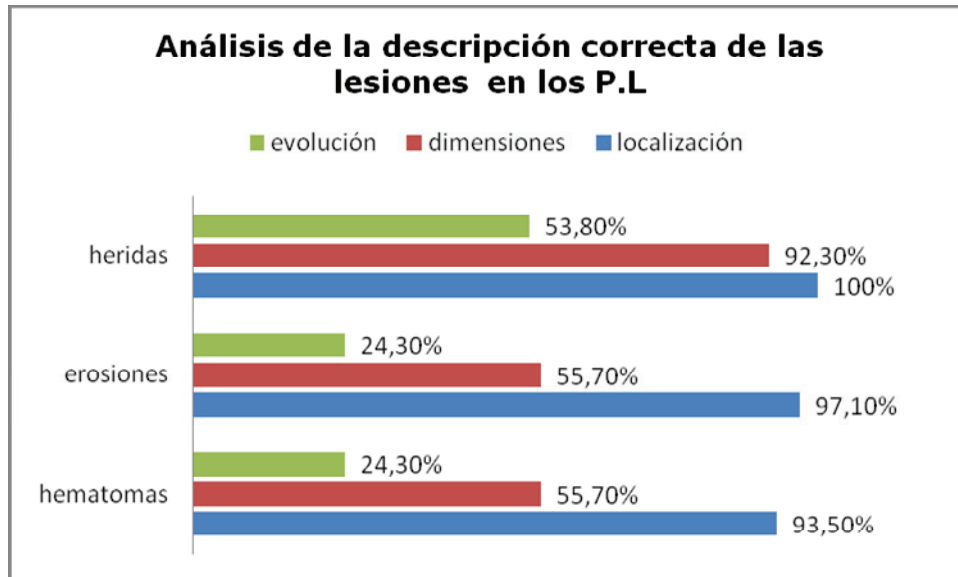


Figura 25

En el 80,4% (201) de los partes se especificaba claramente que se trataba de un **caso de violencia de género**, no quedando claro, o no reflejándose en el 19,6% (49) restante.

La mayoría de los partes, con una frecuencia del 92,8% (232), estaban **cumplimentados o realizados con letra clara y legible**, frente a un pequeño porcentaje (7,2%) en el que se leían con dificultad por estar escritos con una letra poco clara.

Presentaban **tachaduras** sólo el 9,6% de los partes analizados. El resto, con una frecuencia del 90,4% (226) no presentaban ninguna corrección que pudiera llevar a equívocos.

En la mayoría, el 99,2% de los partes, aparecían correctamente reflejados los **datos del centro** donde se llevó a cabo la primera valoración o asistencia. Sólo se detectaron 2 partes de lesiones en los que no aparecían señalados.

En cambio si analizamos los **datos relacionados con el facultativo** que presenta la asistencia (número de colegiado, y nombre) los resultados obtenidos son distintos, no apareciendo reflejados en el 9,2% (23) de los partes y apareciendo completos los datos en la mayoría de ellos, 90,8% (227).

Sólo en la mitad de los partes médicos de lesiones aparecía reflejada de forma directa, la **hora del incidente**.

El porcentaje de partes que reflejaba el **lugar del incidente** era del 40,4% (101), en el resto no quedaba claro o no se hacía referencia al mismo.

En relación a la **referencia, de cómo habían ocurrido los hechos**, en el parte de lesiones, el 53,6% (134) sí lo reflejaba, frente a un 46,4% que no hacía ninguna referencia a ello.

En todos los casos estudiados se refleja la **fecha y la hora de la atención** sanitaria de la víctima.

Con una frecuencia del 82,8% (207) no se hacía **referencia a si la paciente acudía sola o acompañada**, quedando reflejado sólo en el 17,2% (43) de los casos.

Sólo en el 6% (15) de los casos se reflejaba en el parte si la mujer había sufrido **malos tratos previamente** o si por el contrario era la primera vez que los sufría. En el resto de los casos, con un porcentaje del 94% (235) no se hacía ninguna referencia a la historia de maltratos previos.

En relación a la variable de reflejar si habían existido otras **personas que hubieran sufrido malos tratos en el mismo incidente**, como niños o personas dependientes a cargo de la mujer, en la mayoría con un 96,8% (242) no se hacía mención alguna en el parte de lesiones. Sólo se ha observado que se hacía referencia a ello en 8 casos (3,2%).

Apenas se hacía referencia a la **existencia de testigos**, recogiendo esta información en tan sólo 4 (1,6%) partes de los estudiados, mientras que la mayoría con un 98,4% (246) estaba sin completar esa información.

En todos los casos (96,6%) excepto en uno de los partes, la información referente a los **datos personales de la víctima**, nombre y DNI-NIE, se encontraba cumplimentada correctamente.

Sólo en uno de los casos estaban cumplimentados los **datos personales referentes al supuesto agresor**, en el resto de los casos no se hacía ninguna referencia a éste.

Las **medidas terapéuticas** llevadas a cabo en la atención de la víctima estaban detalladas en el 84,8% (212) de los informes.

En la gran mayoría de los casos (95,6%) queda reflejado el **plan de actuación** que se llevará a cabo con la víctima, detallando si será dada de alta, derivada a otro servicio de atención o ingresada.

El **pronóstico** de las lesiones que presenta la víctima se muestra en un 52% (130) de los casos, estando en el 48% (120) restante sin completar este dato.

Queda reflejada la **notificación al juzgado** del caso detectado en el 76,8% (192).

Si hacemos referencia a si queda reflejada la **actitud de la mujer a la presentación de denuncia**, este dato sólo aparece en el 3,6% (9) de los casos estudiados.

De forma gráfica se muestran las referencias realizadas en los partes de lesiones en la siguiente figura (Figura #26).

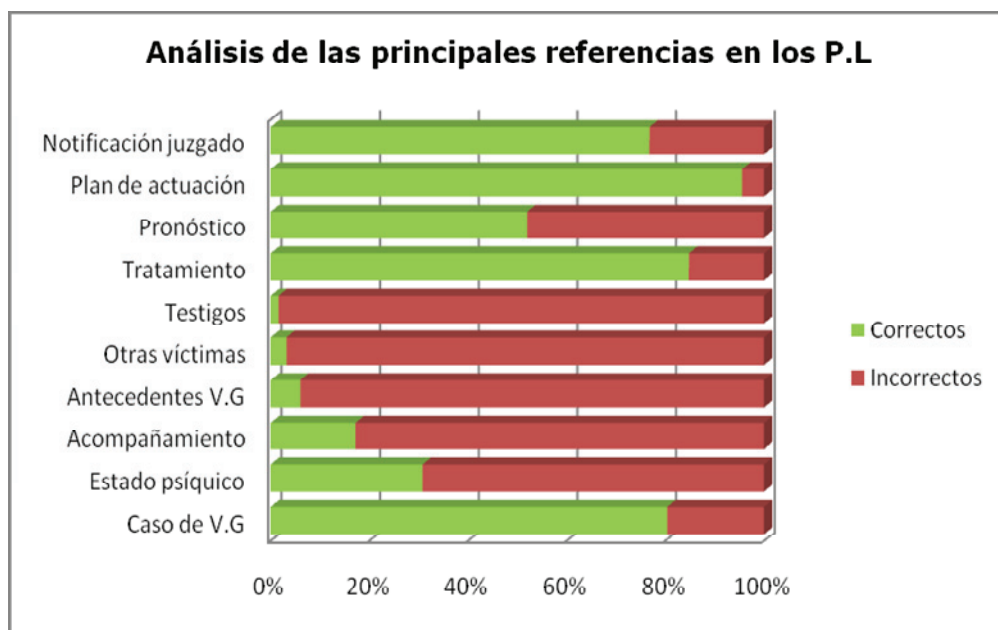


Figura 26

En relación a la **procedencia del parte de lesiones** (Ver Figura #27) la gran mayoría proceden de centros de Atención Primaria (AP)³⁶ y hospitales con unas frecuencias muy similares del 33,2% (83) y 31,2% (78) respectivamente. Le siguen los partes procedentes del SAMUR con

³⁶ Incluyéndose las consultas de AP (MAP), los servicios de urgencias de los centros de AP (SUAP) y SUMMA.

un 22,4% (56) y con un 13,2% (33) los partes emitidos por los Centros de Apoyo a la Seguridad.

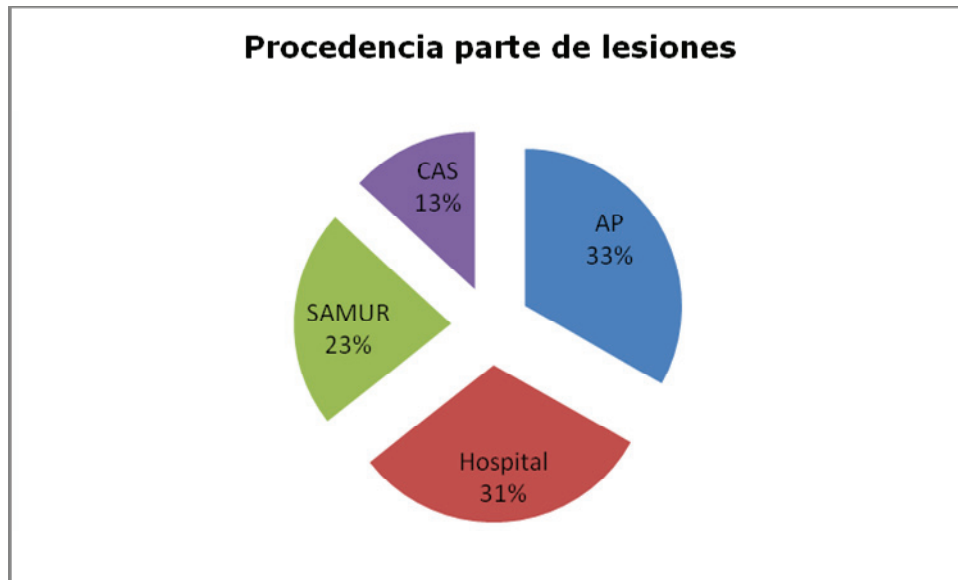


Figura 27

Si hacemos referencia a la procedencia hospitalaria, el 31,6% procedían del Hospital La Paz, seguidos del 12 de Octubre con un porcentaje del 18,4% y del Gregorio Marañón y Clínico con igual porcentaje del 13,2%. Y con porcentajes inferiores al 10% de encuentran el Hospital Infanta Leonor con un 9,2%, el Ramón y Cajal y La Princesa con porcentajes del 2,6 y 1,3% respectivamente. Se obtuvo un 10,5% que pertenecían a otros hospitales³⁷.

³⁷ Entre estos hospitales se encontraban La Moncloa, Hospital Infanta Sofía, Hospital del Escorial, Hospital de Fuenlabrada y Hospital de Móstoles.

5.2. Análisis de asociación entre variables

Para la exposición de los resultados obtenidos del análisis de asociación entre las variables seleccionadas, se muestran los distintos cruces de variables que han resultado estadísticamente significativos tras la aplicación del test o contraste de Chi-cuadrado en tablas de contingencia ($p < 0,05$).

5.2.1. Nacionalidad de la víctima-V2

Se analizó la asociación entre la nacionalidad de la víctima y las distintas variables relacionadas con las lesiones y las características sociodemográficas de las víctimas (Ver Figura #28).

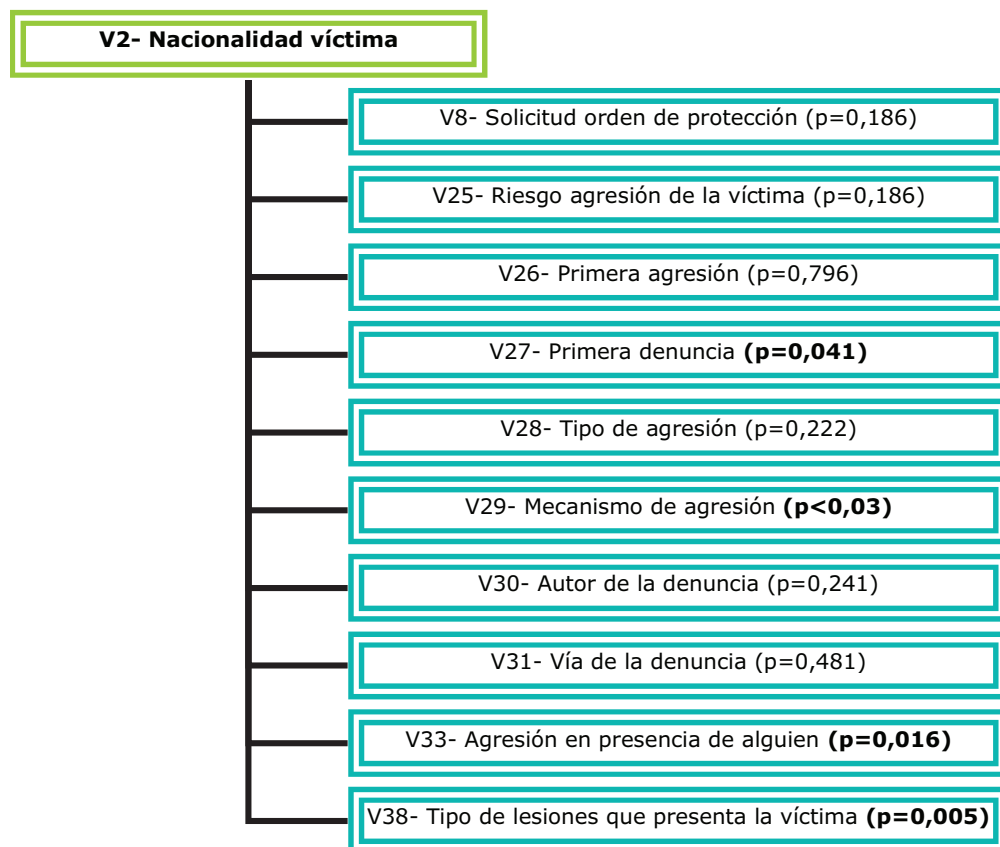


Figura 28.

El análisis permitió comprobar que los grupos de nacionalidad de las víctimas eran relativamente homogéneos, ya que las diferencias existentes solamente alcanzaban un nivel de significación estadística en el caso de si era la primera denuncia interpuesta ($p=0,041$), del mecanismo de agresión por empujones ($p=0,019$), arma blanca ($p<0,001$) u otros objetos ($p=0,029$), la presencia de testigos de la agresión ($p=0,016$), y en el caso de la presencia de hematomas ($p=0,005$) como lesiones presentadas por la víctima.

En el mecanismo de agresión utilizado se vieron diferencias significativas cuando el mecanismo utilizado eran los empujones, otros objetos y el uso de arma blanca.

En el caso de mecanismo de lesión con empujones se observó que quienes más habían sufrido agresión por este mecanismo eran las mujeres de origen centroamericano (71,4%), seguidas de las españolas (50,6%) con una significación estadística de $p=0,019$, mientras que las que menos habían sido agredidas con empujones eran las sudamericanas (35,2%).

Cuando el mecanismo de agresión era con arma blanca ($p<0,001$), las mujeres más afectadas fueron las norafricanas con un porcentaje del 33,3%, y las mujeres procedentes de Europa oriental (15,4%) y Centroamérica (14,3%), frente a unas frecuencias insignificantes del resto de nacionalidades como el 0,8% de las sudamericanas, el 2,3% de

las españolas y el 0% de subsaharianas, asiáticas y europeas occidentales.

En relación al uso de otros objetos diferentes a manos, pies, arma blanca, de fuego u objetos contundentes, se obtuvo ($p=0,029$) que las mujeres de Centroamérica eran las que más habían sufrido agresión por este mecanismo, con un porcentaje del 28,6% seguidas de las sudamericanas con un 9%, frente al resto de las nacionalidades con porcentajes inferiores al 4,6%.

Al analizar la asociación entre la nacionalidad de la víctima y si había sido o no la primera denuncia interpuesta frente a su agresor obteníamos con un significación estadística $p=0,041$, que el grupo de mujeres que destacaba por haber denunciado en otras ocasiones eran las mujeres de Europa oriental siendo el 38,5% de ellas víctimas con denuncias previas. En el resto de las nacionalidades predominaban las mujeres cuya denuncia era la primera que interponían.

Cuando se analizó la asociación entre la nacionalidad y la presencia de testigos de la agresión (Ver Figura #29), se observó que existían diferencias estadísticamente significativas ($p=0,016$), cuando la víctima era sudamericana, centroamericana o norafricana, con unos porcentajes del 66,4%, 64,3% y 81,8% respectivamente en los que la agresión había sido realizada en presencia de testigos. En el caso de las nacionalidades española y europea oriental estos porcentajes eran menores, siendo 47,1% y 38,5% respectivamente.

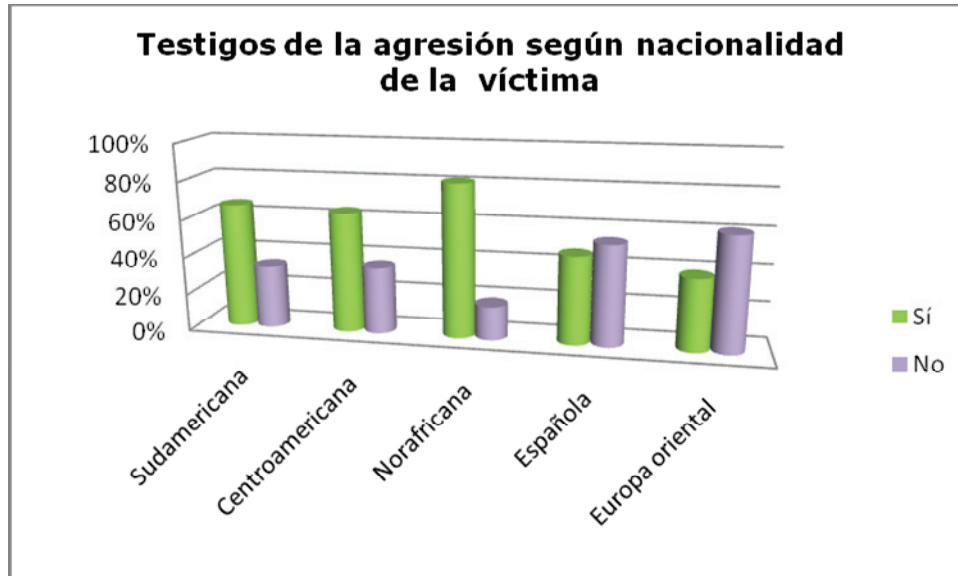


Figura 29

Se vio que era significativamente diferente ($p=0,005$) el número de mujeres que presentaba hematomas entre los distintos grupos de nacionalidades (Ver Tabla #12).

En concreto, destaca el porcentaje de mujeres con ausencia de hematomas, las mujeres procedentes del norte de África tenían ausencia de hematomas en el 83,3% de ellas frente al resto de nacionalidades en las que los porcentajes de ausencia de hematomas se encontraban en un rango inferior al 30%.

Tabla 12. V2 Nacionalidad víctima- V38.1 Presencia hematomas

| | | | V38.1- Presenta hematomas | | Total |
|-------------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------|-------|--------|
| | | | 1 Sí | 2 No | |
| v2 Nacionalidad Víctima | 0 Sudamericana | Recuento | 85 | 37 | 122 |
| | | % dentro de v2 Nac. Víctima | 69,7% | 30,3% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | ,7 | -,7 | |
| | 1 Europa oriental | Recuento | 10 | 3 | 13 |
| | | % dentro de v2 Nac. Víctima | 76,9% | 23,1% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | ,7 | -,7 | |
| | 2 Norte de África | Recuento | 2 | 10 | 12 |
| | | % dentro de v2 Nac. Víctima | 16,7% | 83,3% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | -3,9 | 3,9 | |
| | 4 Española | Recuento | 59 | 28 | 87 |
| | | % dentro de v2 Nac. Víctima | 67,8% | 32,2% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | ,1 | -,1 | |
| | 6 Asiática | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % dentro de v2 Nac. Víctima | 100,0% | ,0% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | 1,0 | -1,0 | |
| | 7 Centroamérica | Recuento | 11 | 3 | 14 |
| | | % dentro de v2 Nac. Víctima | 78,6% | 21,4% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | ,9 | -,9 | |
| Total | | Recuento | 169 | 81 | 250 |
| | | % dentro de v2 Nac. Víctima | 67,6% | 32,4% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 16,698 ^a | 5 | ,005 |

5.2.2. Nacionalidad del agresor-V13

Se analizó la asociación entre la nacionalidad del agresor y las distintas variables relacionadas con el consumo de sustancias tóxicas, la agresión a la víctima, y los antecedentes penales (Ver Figura #30).

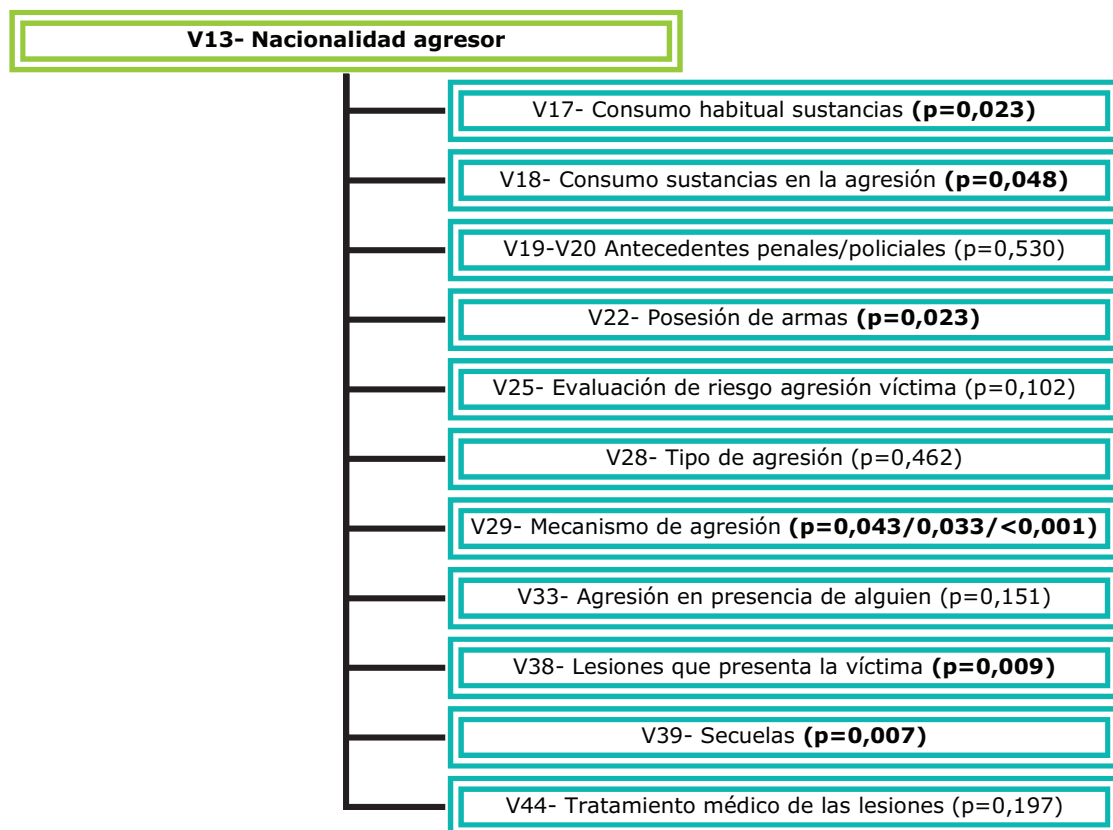


Figura 30.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,023$) entre el consumo de sustancias y la nacionalidad del agresor, siendo los varones españoles los mayores consumidores (60,9%), seguidos de los sudamericanos (48,2%). Los menos consumidores de sustancias fueron los subsaharianos, asiáticos y los varones procedentes del norte de África.

En relación a la asociación entre el consumo de cannabis y la nacionalidad del agresor ($p<0,001$) son los europeos occidentales y los españoles los que tienen un mayor porcentaje de consumo de cannabis con un 40% y 21,2% respectivamente frente al 11,1% de los norafricanos, 1,8% de los sudamericanos y el 0% que presentan el resto de nacionalidades (Ver Tabla #13).

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001$) en relación al consumo de cocaína, similares a lo observado con el consumo de cannabis, siendo los europeos occidentales y los españoles los que tienen un mayor porcentaje de consumo de cocaína con un 40% y 20,7% respectivamente frente al 4,4% de los sudamericanos y el 0% que presentan el resto de nacionalidades.

Tabla 13. **V13 Nacionalidad del agresor - V17.1 Consumo de cannabis**

| | | | v17.1 Consumo habitual de Cannabis | | Total |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------------|--------|--------|
| | | | 1 Sí | 2 No | |
| v15 Nacionalidad agresor | 0 Sudamericana | Recuento | 2 | 112 | 114 |
| | | % dentro de v13 N.agreso | 1,8% | 98,2% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | -3,3 | 3,3 | |
| | 1 Europa oriental | Recuento | 0 | 13 | 13 |
| | | % dentro de v13 N.agreso | ,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | -1,1 | 1,1 | |
| | 2 Norte de África | Recuento | 1 | 8 | 9 |
| | | % dentro de v13 N.agreso | 11,1% | 88,9% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | ,3 | -,3 | |
| | 3 Subsah_Asia | Recuento | 0 | 4 | 4 |
| | | % dentro de v13 N.agreso | ,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | -,6 | ,6 | |
| | 4 Española | Recuento | 15 | 77 | 92 |
| | | % dentro de v13 N.agreso | 16,3% | 83,7% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | 3,7 | -3,7 | |
| | 5 Europea occidental | Recuento | 2 | 3 | 5 |
| | | % dentro de v15 N.agreso | 40,0% | 60,0% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | 2,7 | -2,7 | |
| | 7 Centroamérica | Recuento | 0 | 12 | 12 |
| | | % dentro de v13 N.agreso | ,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | -1,0 | 1,0 | |
| | Total | Recuento | 20 | 229 | 249 |
| | | % dentro de v13 N.agreso | 8,0% | 92,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|--------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 24,170 ^a | 6 | ,000 |

Si analizamos la relación entre el consumo de alcohol y/o sustancias tóxicas en el momento de la agresión y la nacionalidad del agresor (Ver Figura #31) , se observa ($p=0,048$) que hay un mayor consumo de sustancias en el momento de la agresión entre los agresores de países de Europa occidental (40%) y países sudamericanos (39,4), seguidos de los agresores de nacionalidad centroamericana (33,3%) y de Europa oriental (30,8%), respecto al resto, con un 20,7% de los españoles y el 0% de los agresores procedentes de países del Norte de África.

No se vieron diferencias estadísticamente significativas entre la nacionalidad del agresor y los antecedentes penales y/o policiales relacionados o no con la violencia de género.

Analizando la relación entre la nacionalidad del agresor y la posesión de armas en el momento de la detención, se encuentra de forma estadísticamente significativa ($p=0,023$) que el grupo de agresores que más armas portan en el momento de la detención son los

centroamericanos (33,3%). Les siguen de cerca con porcentajes algo menores los norteafricanos (22,2%), los agresores de Europa oriental (16,7%) y los españoles (15,6%). Los sudamericanos poseen armas en el momento de la detención el 4,7%, no portando armas el resto de nacionalidades.

En relación al tipo de armas que portaban en el momento de ser detenidos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la nacionalidad del agresor.

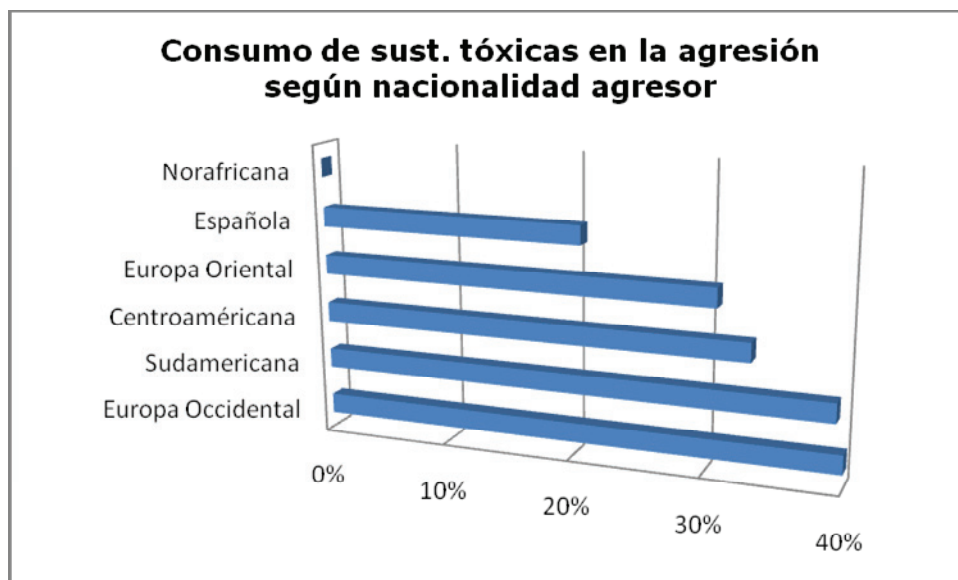


Figura 31

Si analizamos la relación del mecanismo de agresión con la nacionalidad del agresor, se observan diferencias estadísticamente significativas cuando el mecanismo de agresión son empujones y con arma blanca.

Los agresores sudamericanos y los norafricanos son los que menos usan los empujones como mecanismo de agresión (30,7% y 30%

respectivamente) y los españoles (52,2%) y centroamericanos (66,7%) los que más utilizan este mecanismo.

En el mecanismo de agresión con arma blanca se vieron diferencias significativas entre las distintas nacionalidades siendo los agresores procedentes del Norte de África (40%), de Centroamérica (25%) y de Europa oriental (15,4%) los que más utilizaron este mecanismo de agresión frente al 2,2% de los españoles y al 0% de los agresores procedentes de Sudamérica y el resto de nacionalidades.

De la asociación de estas variables se obtuvo que los agresores de origen centroamericano (33,3%) fueron los que más utilizaron otros objetos como mecanismo de agresión ($p=0,014$).

En relación a la asociación entre nacionalidad del agresor y lesiones de la víctima, sólo se encontraron diferencias significativas ($p=0,009$) en relación a la presencia de hematomas en la víctima. Se vio que cuando el agresor era de origen norteafricano la víctima no tenía hematomas en el 80%, y cuando era de origen europeo oriental tenían hematomas en el 92,3%.

Por último en relación a la asociación entre nacionalidad del agresor y la existencia de secuelas en la víctima, se encontraron diferencias significativas ($p=0,007$) siendo los agresores de origen norafricano los que más lesiones con secuelas producían (50%).

5.2.3 Consumo de sustancias cuando sucede la agresión-

V18

Se analizó la asociación entre el consumo de sustancias en el momento de la agresión, con el tipo de agresión que tiene lugar, el mecanismo de agresión con el que se lleva a cabo y las lesiones que presenta la víctima (Ver Figura #32).

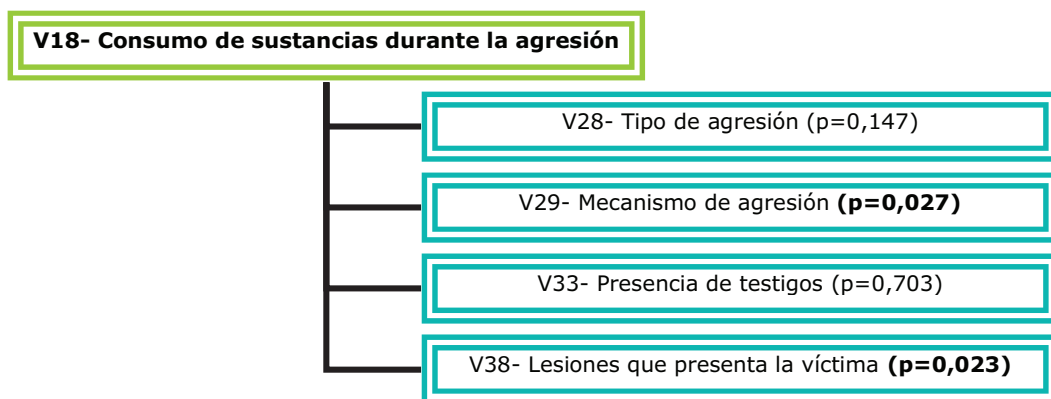


Figura 32.

No se observaron diferencias en relación al consumo de sustancias por parte del agresor, y el tipo de agresión, ni tampoco con si la agresión se realiza en presencia de testigos.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,027$) cuando la agresión se lleva a cabo con un arma blanca, viendo que en ninguno de los casos en los que se produjeron lesiones por arma blanca mediaba el consumo de sustancias.

Sí se vieron diferencias significativas ($p=0,023$) al relacionar el consumo de sustancias en el momento de la agresión y las lesiones de tipo hematoma producidas a la víctima, observándose que aparecían más lesiones de tipo hematoma, si el agresor había consumido sustancias tóxicas y/o alcohol.

5.2.4 Evaluación del riesgo-V25

Se analizó la asociación de variables entre el resultado de la evaluación del riesgo detectado en la víctima, en la valoración policial, y variables relacionadas con la agresión, como el mecanismo de agresión, las lesiones que presenta la víctima y el hecho de que el agresor tuviera armas (Ver Figura #33).

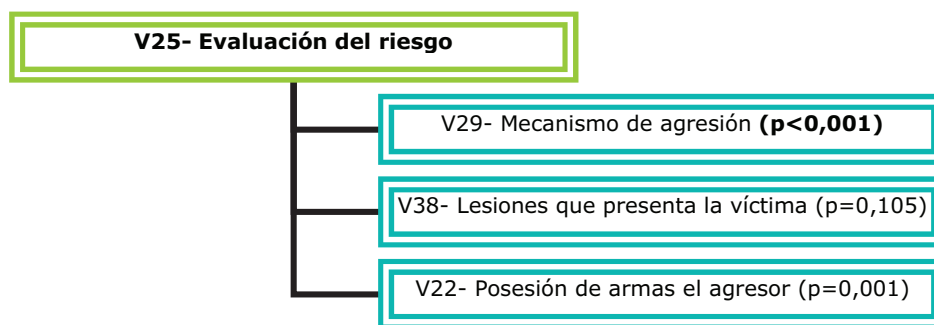


Figura 33.

Se observó que había una relación estadísticamente significativa ($p<0,001$) cuando el mecanismo de agresión era por arma blanca, obteniéndose una evaluación del riesgo con valor "riesgo alto", siendo la

mayor parte de las agresiones por arma blanca designadas con riesgo alto de agresión de la víctima, y ninguno de los caso fueron calificados con "riesgo no apreciado o bajo".

También se obtuvo un resultado estadísticamente significativo ($p=0,001$) cuando la asociación de la variable valoración del riesgo de la víctima se relacionaba con la posesión de armas por parte del agresor. Observándose que la mayoría de los casos en los que el agresor no tenía armas eran calificados con riesgo no apreciado, bajo y medio, mientras que en la mayoría de los casos en los que el agresor poseía armas la calificación del riesgo era alto.

5.2.5 Consumo habitual de sustancias –V17

Se estudió la asociación entre el consumo habitual de sustancias y algunas variables relacionadas con el contexto de la agresión y el agresor (Ver Figura #34).

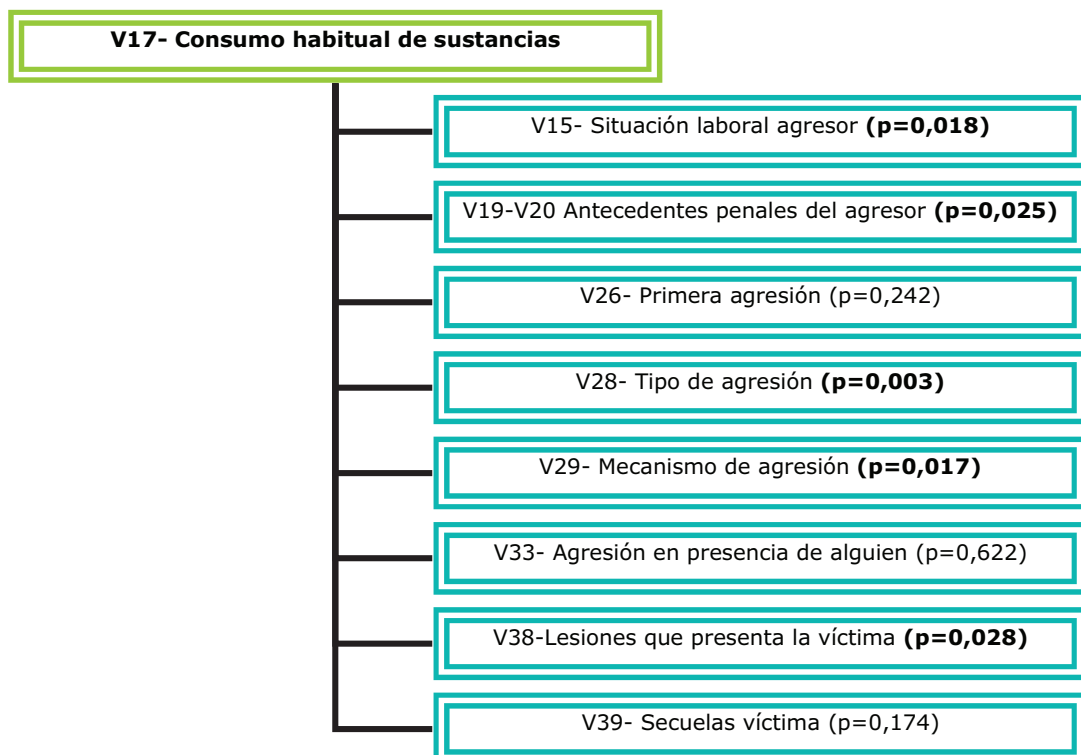


Figura 34.

Se analizó la asociación entre el consumo habitual de sustancias y la situación laboral del agresor, observándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0,018$), existiendo un mayor consumo habitual de sustancias entre los agresores que se encontraban sin trabajar, siendo consumidores de sustancias el 68,8% de los agresores que se encontraban en situación de desempleo, frente al 44,3% de agresores en situación laboral activa, y el 37,5% de agresores jubilados que eran consumidores.

En relación al consumo habitual de sustancias y la existencia de antecedentes penales y/o policiales no relacionados con la pareja, se observó con una significación estadística $p=0,025$, que existían diferencias entre los consumidores habituales de sustancias y los no consumidores, obteniéndose que entre los consumidores de sustancias de forma habitual el 28,7% tenían antecedentes, frente al 16,5% de los no consumidores. O expresado en otros términos, entre los agresores que tenían antecedentes penales el 62,3% era consumidor habitual de sustancias, frente al 37,7 que no era consumidor habitual.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,003$), en los casos de agresión psíquica a la paciente siendo el porcentaje de estas agresiones mayor (62,1%) cuando los sujetos eran consumidores habituales de sustancias que cuando no lo eran (37,9%).

Al analizar la asociación entre el consumo habitual de sustancias por parte del agresor y los mecanismos de agresión utilizados contra la víctima, se observó que en los casos en los que se utilizaron armas blancas y objetos contundentes predominaban los sujetos que no eran consumidores habituales de sustancias, siendo muy poco frecuentes, con un porcentaje del 9% los casos de lesiones por arma blanca y del 0% los casos de lesiones con objetos contundentes en sujetos consumidores habituales.

También se vieron diferencias significativas ($p=0,028$) al relacionar el consumo habitual de sustancias y la presencia de lesiones en la víctima, observándose que en los casos en que había lesiones predominaban (51,9%) los no consumidores habituales, siendo menor el porcentaje (48,1%) de existencia de lesiones entre los consumidores habituales de sustancias tóxicas y/o alcohol.

En el resto de asociaciones de variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas destacables.

5.2.6 Situación legal en España del agresor –V16

Al estudiar la asociación de la variable V16 en relación a la situación legal del agresor con las variables V26-primera agresión a la víctima, V27-primera denuncia de la víctima, V32-lugar de la agresión y V33- agresión en presencia de alguien, se observó que sólo existían diferencias estadísticamente significativas ($p=0,010$) en los casos de la asociación con la variable V33, agresión en presencia de testigos.

Las agresiones producidas por los agresores con una situación irregular eran más frecuentes en presencia de testigos, con un porcentaje del 88,2%, frente al 11,8% de las agresiones que se llevaban a cabo en ausencia de testigos como puede observarse en la Tabla #14.

Tabla 14 **V16Situación legal en España- V33Agresión en presencia testigos**

| | | | v33 Agresión en presencia de alguien | | Total |
|---------------------------------|-------------|---|--------------------------------------|-------|--------|
| | | | 1 Si | 2 No | |
| v16 Situación en España agresor | 1 Regular | Recuento | 129 | 100 | 229 |
| | | % dentro de v18 Situación en España agresor | 56,3% | 43,7% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | -2,6 | 2,6 | |
| | 2 Irregular | Recuento | 15 | 2 | 17 |
| | | % dentro de v18 Situación en España agresor | 88,2% | 11,8% | 100,0% |
| | | Residuos corregidos | 2,6 | -2,6 | |
| Total | | Recuento | 144 | 102 | 246 |
| | | % dentro de v18 Situación en España agresor | 58,5% | 41,5% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|-------------------------|--------------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 6,636 ^a | 1 | ,010 | | |

5.2.7 Procedencia parte de lesiones-V80

Se estudió la asociación entre la procedencia del parte de lesiones-V80 y las distintas variables relacionadas con los partes de lesiones, V46-V79.

Se encontraron importantes diferencias significativas en función del origen del parte de lesiones para las distintas variables analizadas, las más destacadas se muestran a continuación.

Al estudiar la asociación entre la procedencia de los partes y la *descripción correcta de los hematomas en cuanto a dimensiones* (V49), se observa que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,028$), obteniéndose que cuando el parte de lesiones procede de un centro hospitalario las dimensiones de los hematomas se describen adecuadamente en la mayoría (72,2%) de los casos. Siendo por tanto los partes hospitalarios los que mejor describen las dimensiones de los hematomas.

Al estudiar la asociación entre la procedencia de los partes y la *correcta descripción de la evolución de las heridas* (V57), se observan diferencias estadísticamente significativas ($p=0,048$) destacando que en la mayoría de los casos (69,2%) de los partes procedentes del MAP, SUAP o SUMMA, no se describe la evolución de las heridas. Describiéndose bien en el 100% de los casos procedentes del SAMUR, y en el 72,7% de los partes hospitalarios.

En relación a la asociación establecida entre el origen del parte de lesiones, y la *descripción del estado psíquico de la víctima* en el mismo, obtenemos unas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001$), destacando que los que mejor reflejan el estado psíquico de la víctima son los partes del SAMUR, estando reflejado correctamente en el 46,4% de sus partes, y los que peor lo reflejan son los partes procedentes del CAS³⁸, en los que no aparece reflejado en la mayoría de los casos (93,9%) con un residuo corregido de valor 3,3, como se observa en la Tabla #15.

³⁸ Centro de Apoyo a la Seguridad.

Tabla 15: **V80 Procedencia parte de lesiones-V58 Reflejo de estado psíquico**

| | | | V58. Se refleja el estado-daño psíquico síntomas y signos | | Total |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|--------|--------|
| | | | 0 Sí | 1 No | |
| V80 Procedencia parte de lesiones | 1 SAMUR | Recuento | 26 | 30 | 56 |
| | | % dentro de V80 | 46,4% | 53,6% | 100,0% |
| | | Procedencia parte de lesiones | | | |
| | | Residuos corregidos | 2,9 | -2,9 | |
| | 2 MAP, SUAP, SUMMA | Recuento | 29 | 54 | 83 |
| | | % dentro de V80 | 34,9% | 65,1% | 100,0% |
| | | Procedencia parte de lesiones | | | |
| | | Residuos corregidos | 1,0 | -1,0 | |
| | 3 Hospital | Recuento | 20 | 58 | 78 |
| | | % dentro de V80 | 25,6% | 74,4% | 100,0% |
| | | Procedencia parte de lesiones | | | |
| | | Residuos corregidos | -1,2 | 1,2 | |
| | 4 CAS | Recuento | 2 | 31 | 33 |
| | | % dentro de V80 | 6,1% | 93,9% | 100,0% |
| | | Procedencia parte de lesiones | | | |
| | | Residuos corregidos | -3,3 | 3,3 | |
| Total | Recuento | 77 | 173 | 250 | |
| | % dentro de V80 | 30,8% | 69,2% | 100,0% | |
| | Procedencia parte de lesiones | | | | |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 17,535 ^a | 3 | ,001 |

Cuando hacemos referencia a la asociación existente entre la procedencia del parte de lesiones y la *especificación en el parte de que se trata de un caso de violencia de género* (V60), vemos que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,015$), destacando que el 97% de los partes procedentes del CAS reflejan claramente que se trata de un caso de violencia de género, siendo los que más lo especifican (residuo corregido 2,6), y por el contrario son los partes procedentes del MAP, SUAP y SUMMA los que menos lo especifican, no estando presente este dato en el 27,7% de ellos (residuo corregido 2,3).

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001$) cuando valoramos la asociación entre la variable V80 procedencia del parte de lesiones y la variable V65 que hace referencia a si se *refleja la fecha y hora del incidente* en el parte. Destaca que son los partes del SAMUR los que mejor reflejan este dato, apareciendo en el 73,2% de sus partes (residuo corregido 3,9), y los partes procedentes del MAP, SUAP y SUMMA, y hospitales, son los que menos lo reflejan con un porcentaje del 59% de los partes en los que no aparece este dato.

Se encuentran también diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$) al analizar la asociación entre la variable procedencia del parte de lesiones y la variable que se refiere a la *referencia del lugar del incidente* (V66). Se observa que los partes del SAMUR son los que más hacen referencia al lugar del incidente con una frecuencia del 67,9%, y

un residuo del 4,8. Por el contrario son los partes procedentes del Hospital los que con una frecuencia del 73,1% (residuo corregido 2,9) no recogen este dato.

Si analizamos la asociación entre la variable procedencia del parte y la variable *referencia a cómo han ocurrido los hechos* (V67), encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) observando que los partes del SAMUR junto con los hospitalarios son los que hacen mejor referencia de los hechos con una frecuencia del 73,2% (residual 3,3) y 65,4% (residual 2,5) respectivamente. Son los partes procedentes del CAS los que peor referencia hacen a cómo han ocurrido los hechos, no estando presente en el 81,8% (residual 4,4) de ellos.

En relación a la asociación establecida entre el origen del parte de lesiones, y la *referencia a si la víctima acude sola o acompañada* (V69) en el mismo, obtenemos también diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Destaca que los que mejor reflejan este dato son los partes procedentes del CAS, haciendo referencia a ello en un 45,5% de los casos (residual 4,6), frente al total de partes que reflejan este dato que lo hacen en un porcentaje de tan sólo el 17,2%.

En la mayoría de los casos de partes de origen hospitalario (93,6%) la referencia a si la víctima acude o no acompañada no queda reflejada (Ver Tabla #16).

Tabla 16: **V80 Procedencia parte de lesiones- V69 Víctima acompañada**

| | | | V69 Se refleja si la paciente acude sola o acompañada | | Total |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--------|--------|
| | | | 0 Sí | 1 No | |
| V80 Procedencia parte de lesiones | 1 SAMUR | Recuento | 5 | 51 | 56 |
| | | % dentro de V80 | 8,9% | 91,1% | 100,0% |
| | | Procedencia parte de lesiones | | | |
| | | Residuos corregidos | -1,9 | 1,9 | |
| | 2 MAP, SUAP, SUMMA | Recuento | 18 | 65 | 83 |
| | | % dentro de V80 | 21,7% | 78,3% | 100,0% |
| | | Procedencia parte de lesiones | | | |
| | | Residuos corregidos | 1,3 | -1,3 | |
| | 3 Hospital | Recuento | 5 | 73 | 78 |
| | | % dentro de V80 | 6,4% | 93,6% | 100,0% |
| | | Procedencia parte de lesiones | | | |
| | | Residuos corregidos | -3,0 | 3,0 | |
| | 4 CAS | Recuento | 15 | 18 | 33 |
| | | % dentro de V80 | 45,5% | 54,5% | 100,0% |
| | | Procedencia parte de lesiones | | | |
| | | Residuos corregidos | 4,6 | -4,6 | |
| Total | Recuento | 43 | 207 | 250 | |
| | % dentro de V80 | 17,2% | 82,8% | 100,0% | |
| | Procedencia parte de lesiones | | | | |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|--------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 28,738 ^a | 3 | ,000 |

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,003$) cuando valoramos la asociación entre la variable V80 procedencia del parte de lesiones y la variable V70 que hace referencia a si se *refleja la existencia de antecedentes de agresión* en el parte. Destaca que son los partes del SAMUR los que más lo reflejan, haciéndolo en el 16,1% (residual 3,6) de los casos, frente al porcentaje del total de casos donde se refleja esta información que es en el 6%.

Si hacemos referencia a la asociación existente entre la procedencia del parte de lesiones y la *referencia a la existencia de otras personas que hayan sufrido maltrato en el mismo acto* (V71), vemos que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,003$), siendo los partes del SAMUR los que más hacen referencia a esta variable, registrando el dato en el 10,7% (residual 3,6) de sus partes de lesiones, frente al porcentaje del total de los partes de lesiones que reflejan este dato que es el 3,2%.

En relación a la asociación establecida entre el origen del parte de lesiones, y la *reseña de las medidas terapéuticas realizadas* (V75), obtenemos diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$), destacando que los partes que más reflejan las medidas terapéuticas llevadas a cabo son los de origen hospitalario, en los que se ha observado que el 100% (residual 4,5) lo detalla. Seguidos de los partes del SAMUR en los que aparece reflejado en el 96,4% de ellos. Los que no

reflejan el tratamiento realizado a la víctima, en un alto porcentaje (63,6%- residual 8,3), son los partes procedentes del CAS.

Se han observado diferencias estadísticamente significativas ($p=0,014$) en la asociación con la variable *referencia al plan de actuación que se llevará a cabo con la víctima* (V76), siendo los partes hospitalarios y procedentes del CAS, los que mejor lo reflejan haciendo referencia a este dato en el 100% de los casos. Destaca que los partes que hacen menos referencia a ello son los que proceden del MAP, SUAP y SUMMA, que no lo reflejan en el 9,6% (residual 2,8) de los partes.

En relación a la asociación entre la procedencia del parte de lesiones y la *referencia al pronóstico* (V77), se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$), observándose que los partes del CAS destacan por hacer referencia al pronóstico en el 93,9% (residual 5,2) de los casos, siendo los que más lo hacen, frente al porcentaje total de los partes que lo reflejan que es del 52%. Los que menos lo reflejan son los partes del SAMUR, presentando un porcentaje del 21,4% de sus partes que reflejan el pronóstico (Ver Tabla #17).

En los casos de asociación con la variable *referencia a si se ha comunicado al juzgado* (V78), se observan diferencias estadísticamente significativas ($p=0.009$) destacando los partes del CAS en los que se refleja este dato en el 100% (residual 3,4) de los casos, frente al porcentaje total de casos que reflejan este dato (76,8%).

Tabla 17: **V80 Procedencia parte de lesiones- V77 Refleja pronóstico**

| | | V77 Se refleja el pronóstico | | Total |
|---|-------------------------------|------------------------------|-------|--------|
| | | 0 Sí | 1 No | |
| V80 Procedencia parte de 1 SAMUR lesiones | Recuento | 12 | 44 | 56 |
| | % dentro de V80 | 21,4% | 78,6% | 100,0% |
| | Procedencia parte de lesiones | | | |
| | Residuos corregidos | -5,2 | 5,2 | |
| 2 MAP, SUAP, SUMMA | Recuento | 48 | 35 | 83 |
| | % dentro de V80 | 57,8% | 42,2% | 100,0% |
| | Procedencia parte de lesiones | | | |
| | Residuos corregidos | 1,3 | -1,3 | |
| 3 Hospital | Recuento | 39 | 39 | 78 |
| | % dentro de V80 | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | Procedencia parte de lesiones | | | |
| | Residuos corregidos | -,4 | ,4 | |
| 4 CAS | Recuento | 31 | 2 | 33 |
| | % dentro de V80 | 93,9% | 6,1% | 100,0% |
| | Procedencia parte de lesiones | | | |
| | Residuos corregidos | 5,2 | -5,2 | |
| Total | Recuento | 130 | 120 | 250 |
| | % dentro de V80 | 52,0% | 48,0% | 100,0% |
| | Procedencia parte de lesiones | | | |
| | | | | |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 45,479 ^a | 3 | ,000 |

5.2.8. Hospital de procedencia parte de lesiones- V81

Se estudió la asociación entre el hospital de procedencia del parte de lesiones-V81 y las distintas variables relacionadas con los partes de lesiones, V46-V79.

A diferencia que en el apartado anterior, se encontraron pocas diferencias significativas en función del hospital de origen del parte de lesiones para las distintas variables analizadas, a continuación se muestra un resumen de las más destacadas.

Entre las diferencias interhospitalarias que se detectaron, destacan las que hacen referencia a la descripción de la coloración de los hematomas (V50), a la descripción de la evolución de las erosiones (V54), a la elaboración del parte con letra clara y legible (V61) y aparición de tachaduras (V62), y por último a si se reflejan los datos del facultativo que presta la asistencia (V64).

En relación a la existencia de diferencias interhospitalarias estadísticamente significativas ($p=0,048$) en la asociación con la

descripción de la coloración de los hematomas (V50) en el parte de lesiones, se observa que el conjunto de otros hospitales³⁹ es el que más describe la coloración de los hematomas.

Si valoramos la asociación entre el hospital de procedencia del parte de lesiones, y la descripción de la evolución de las erosiones (V54) observamos diferencias estadísticamente significativas ($p=0,039$) entre ellas, siendo el hospital Gregorio Marañón el que describe la evolución de las erosiones en el 100% (residual 3,1) de los casos.

Si analizamos la asociación que existe entre el hospital de procedencia del parte, y si éste está realizado con letra clara y legible (V61) obtenemos que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001$), siendo los partes procedentes del Hospital Clínico los que destacan por no presentar una letra clara y legible en el 50% de los casos (residual 4,8).

Si analizamos la asociación con la variable presencia de tachaduras (V62), obtenemos un resultado similar con una significación estadística menor ($p=0,026$), siendo los partes de lesiones del Hospital Clínico los que más tachaduras presentan, dándose en el 50% de los casos (residual 3,7).

Y por último observamos que existen diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$) cuando analizamos la asociación entre el

³⁹ Otros hospitales, hace referencia a cualquier hospital distinto a los otros valores, que son Hospital Clínico, Gregorio Marañón, Infanta Leonor, La Princesa, 12 de Octubre y La Paz.

hospital de procedencia del parte y la aparición de los datos del facultativo que presta la asistencia, destacando que un 60% (residual 6) de los partes procedentes del Hospital Clínico no recogen los datos del facultativo que presta la asistencia.

5.2.9 Otras asociaciones de variables

Existe una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$), entre las variables V26 primera agresión y V 28.1 tipo de agresión psíquica, observándose que en los casos en los que era la primera agresión que sufría la víctima, la agresión de tipo psíquico no predominaba, siendo un porcentaje muy bajo en los que se daba este tipo de agresión, 14%. En cambio en los casos en los que había habido agresiones previas, la agresión de tipo psíquico se daba en un alto porcentaje, en el 40,5%.

Se han obtenido resultados con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,032$) en la asociación de la variable descripción del tipo de lesión V47, con la variable V31 vía de la denuncia, observándose que en la mayoría de los casos en los que se describen genéricamente las lesiones (81,3%), la vía de la denuncia es directa, mientras que en el 18,8% restante la vía es indirecta. Destaca también que cuando la vía de la denuncia es indirecta, la mayoría de los partes de lesiones (91,6%)

describen bien las lesiones frente a un 5% regular, y un 2,4% que describen las lesiones de forma genérica. Cuando la vía d la denuncia es directa, predominan también (87,9%) los partes de lesiones que describen bien el tipo de lesión, pero existe un porcentaje mayor, 10% de partes que describen las lesiones de forma genérica.

5.3. Análisis de calidad de los partes de lesiones

El principal objetivo de aplicar la "*Escala de calidad de partes de lesiones en violencia de género*", ha sido analizar si cumplen los criterios mínimos que debe tener un parte de lesiones, y si recogen la información básica y suficiente para poder aportar el apoyo necesario que el médico forense necesita para poder realizar un correcto enfoque médico legal de la víctima que sufre violencia de género.

Se ha realizado un análisis descriptivo de los resultados obtenidos en la escala de calidad y del baremo, y un posterior análisis de asociación entre variables, basado en el baremo obtenido en base a los resultados.

5.3.1 Análisis descriptivo de la escala de calidad

Al estudiar los resultados obtenidos de aplicar la *escala*, diseñada para este estudio, a los 250 partes de lesiones recogidos en el estudio, obtenemos las frecuencias que se detallan a continuación, de los distintos ítems de la escala analizados, valorando los porcentajes de los partes de lesiones que cumplen cada criterio.

El **primer criterio de la escala**, que hace referencia a la *especificación de ser un caso de violencia de género*, se cumple en el 80,4% (201) de los casos, no apareciendo reflejado en el 19,6% (49) de ellos.

El **segundo criterio de la escala**, que hace referencia a los *datos de filiación de la víctima*, se cumple en todos los casos excepto en uno de ellos, por lo que el 99,6% (249) de los casos cumplen este criterio.

El **tercer criterio de la escala**, referente a si están bien cumplimentados los *datos personales del facultativo que presta la asistencia*, lo superan el 90,8% (227) de los partes.

En relación al **cuarto criterio de la escala**, que se refiere a si se recogen en el parte de lesiones los *datos referentes a fecha y hora del incidente*, se ha observado que sólo la mitad de los partes de lesiones hacen referencia a la fecha y hora en que tiene lugar el incidente.

El **quinto criterio de la escala**, que hace referencia a la *presencia o no de tachaduras*, se observa que la mayoría están bien realizados no presentando tachaduras el 90,4% (226) de los partes de lesiones recogidos.

En relación al **sexto criterio de la escala**, que hace referencia a la *descripción del tipo de lesiones*, superan este criterio realizando una correcta descripción de las mismas, el 90% (225) de los partes.

Si nos referimos al **séptimo criterio de la escala**, en relación a la correcta *descripción de la localización de las lesiones* observamos que se realiza una buena descripción de la localización de las mismas en el 86% (215) de los casos.

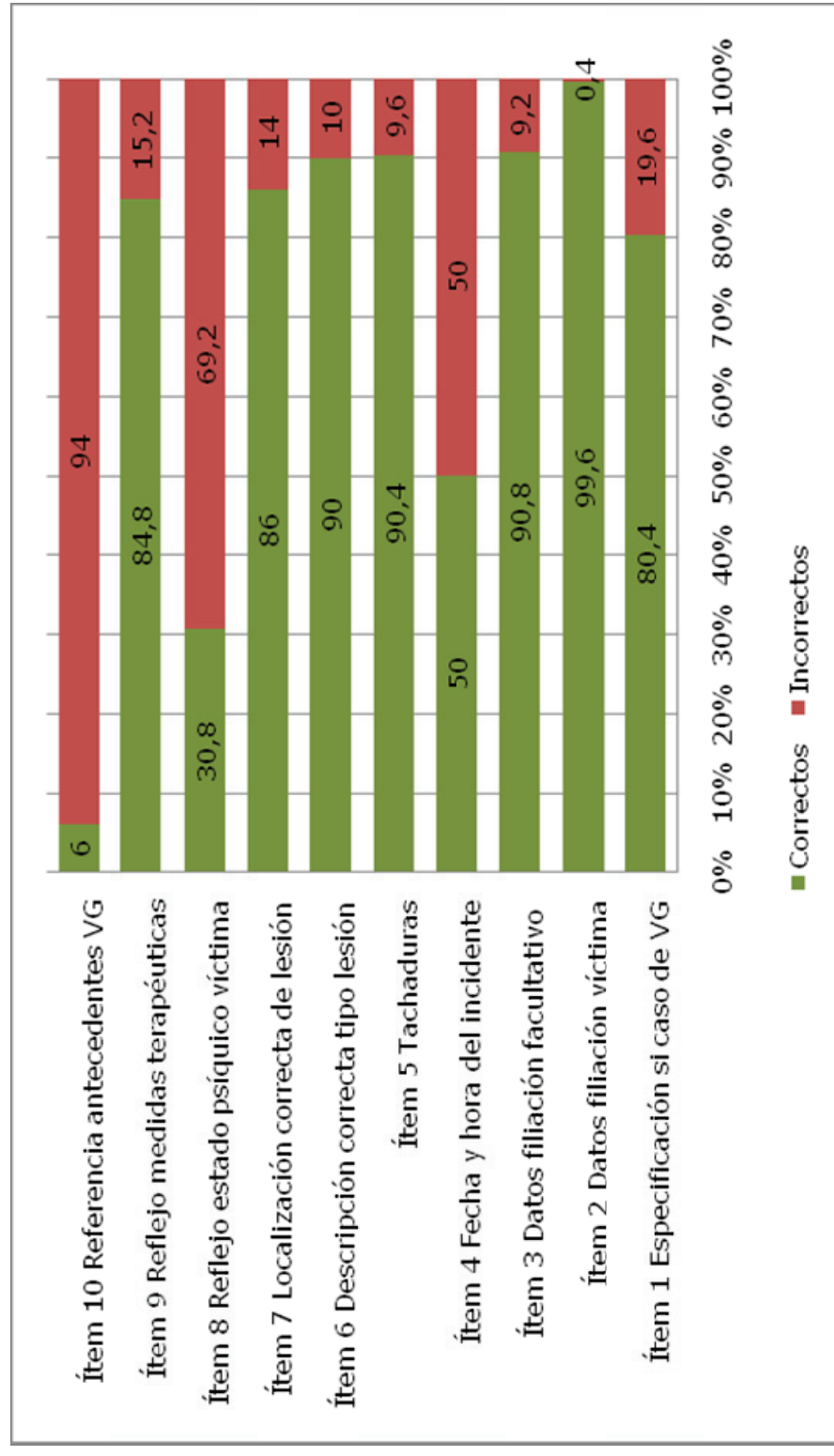
Cuando se analiza el **octavo criterio de la escala**, que se refiere a si se hace referencia al *estado psíquico de la víctima*, obtenemos que se refleja este dato sólo en el 30,8% (77) de los casos.

En relación al **noveno criterio de la escala**, a si se reflejan las *medidas terapéuticas realizadas* en la primera asistencia a la víctima, se observa que en la mayoría de los casos, concretamente en el 84,8% (212), se hace una correcta descripción de las medidas terapéuticas que se han llevado a cabo en la atención a la víctima.

Y por último en relación al **décimo criterio de la escala**, en el que se refleja si se hace *referencia a agresiones previas o si es la primera vez* que la víctima sufre una agresión por parte de su pareja, se obtiene que sólo se refleja en un 6% (15) de los casos, no mencionándose este dato en el 94% (235) restante.

En la Figura #35, se observa la relación entre los distintos ítems de la escala, observando de cada uno el porcentaje de los que obtienen puntuación por cumplir el criterio de forma correcta, y el porcentaje que no consigue puntuación en la escala para ese criterio o valor, por no registrar el dato analizado o hacerlo de forma incorrecta.

Figura 35: Valores de los ítems de la escala de calidad



De todos los ítems de los que está compuesta la escala, clasificándolos como ya se comentó anteriormente, en datos imprescindibles, necesarios e importantes, se observa a la vista de los resultados, que en relación a los datos que se consideran *imprescindibles*, correspondientes a los ítems 1,2 y 3 de la escala, la mayoría de los partes de lesiones los cumplen correctamente, con porcentajes superiores al 80%.

De los ítems que se consideran *necesarios*, que deben ser recogidos y cumplimentados en los partes de lesiones de violencia de género, y que corresponden con los ítems 4, 6, 7 y 9 de la escala, se observa que la mayoría de ellos superan el 84% de partes realizados correctamente, mientras que si nos referimos al ítem 4 de la escala sólo el 50% lo superan, siendo cumplimentados de forma correcta.

En cambio cuando analizamos los ítems de la escala que hacen referencia a los datos que se consideran *importantes*, que corresponden a los números 5, 8 y 10 de la escala, se observa que sólo en uno de ellos, en el ítem 5, los resultados son satisfactorios, siendo cumplimentados de forma correcta con un porcentaje superior al 90%, en cambio los valores obtenidos de los ítems número 8 y 10 que hacen referencia a datos importantes como reflejar el estado o daño psíquico que se haya podido producir en la víctima y la referencia a la existencia o no de antecedentes de maltrato, son cumplimentados de forma incorrecta en el 69,2% y 94% de los casos analizados, respectivamente.

En la siguiente tabla (Ver Tabla #18) se muestran los datos absolutos de los partes de lesiones que son cumplimentados de forma

correcta o incorrecta analizando los ítems de la escala de forma independiente.

| Tabla 18: Resultados en términos absolutos de los criterios analizados | | |
|--|---------|---------|
| Valor de la escala analizado | Casos ✓ | Casos ✗ |
| Ítem 1 Especificación si caso de VG | 201 | 49 |
| Ítem 2 Datos filiación víctima | 249 | 1 |
| Ítem 3 Datos filiación facultativo | 227 | 23 |
| Ítem 4 Fecha y hora del incidente | 125 | 125 |
| Ítem 5 Tachaduras | 226 | 24 |
| Ítem 6 Descripción correcta tipo lesión | 225 | 25 |
| Ítem 7 Localización correcta de lesión | 215 | 35 |
| Ítem 8 Reflejo estado psíquico víctima | 173 | 77 |
| Ítem 9 Reflejo medidas terapéuticas | 212 | 38 |
| Ítem 10 Referencia antecedentes VG | 15 | 235 |

5.3.2 Análisis descriptivo del baremo de la escala de calidad

Como ya se ha comentado, en función de los criterios que cumplieran los partes de lesiones, según estuviera registrado o no el dato en el parte analizado, se obtenía una puntuación total, que traduciría la calidad de los mismos, con el siguiente baremo:

- Alta calidad: puntuación obtenida de 90-100
- Calidad intermedia 75-85
- Baja calidad: <70

Al pasar la *"Escala de calidad de partes de lesiones en violencia de género"*, obteniendo una puntuación total para cada caso, determinando así el grado de calidad que presentaban obtenemos que la puntuación *media* que tienen los partes es de 78,1 puntos, con una desviación típica de 13,5 puntos, siendo el valor mínimo obtenido de 40 puntos y el valor máximo 100 puntos.

La *mediana* obtenida ha sido de 80 puntos.

En la siguiente tabla (Ver Tabla #19) se muestran las puntuaciones obtenidas tras aplicar la escala, con sus correspondientes frecuencias absolutas y porcentajes.

Tabla 19: Puntuaciones obtenidas tras aplicar escala

| Puntuación | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 40 | 3 | 1,2 | 1,2 | 1,2 |
| 45 | 2 | ,8 | ,8 | 2,0 |
| 50 | 6 | 2,4 | 2,4 | 4,4 |
| 55 | 9 | 3,6 | 3,6 | 8,0 |
| 60 | 23 | 9,2 | 9,2 | 17,2 |
| 65 | 11 | 4,4 | 4,4 | 21,6 |
| 70 | 22 | 8,8 | 8,8 | 30,4 |
| 75 | 22 | 8,8 | 8,8 | 39,2 |
| 80 | 54 | 21,6 | 21,6 | 60,8 |
| 85 | 29 | 11,6 | 11,6 | 72,4 |
| 90 | 32 | 12,8 | 12,8 | 85,2 |
| 95 | 28 | 11,2 | 11,2 | 96,4 |
| 100 | 9 | 3,6 | 3,6 | 100,0 |
| Total | 250 | 100,0 | 100,0 | |

Como se deduce de la tabla 18, el 92% de los partes de lesiones se encuentran por encima o igual de una puntuación de 60.

Al ajustar los partes de lesiones al baremo que nos indica su calidad obtenemos los resultados que se muestran en la Figura #36.

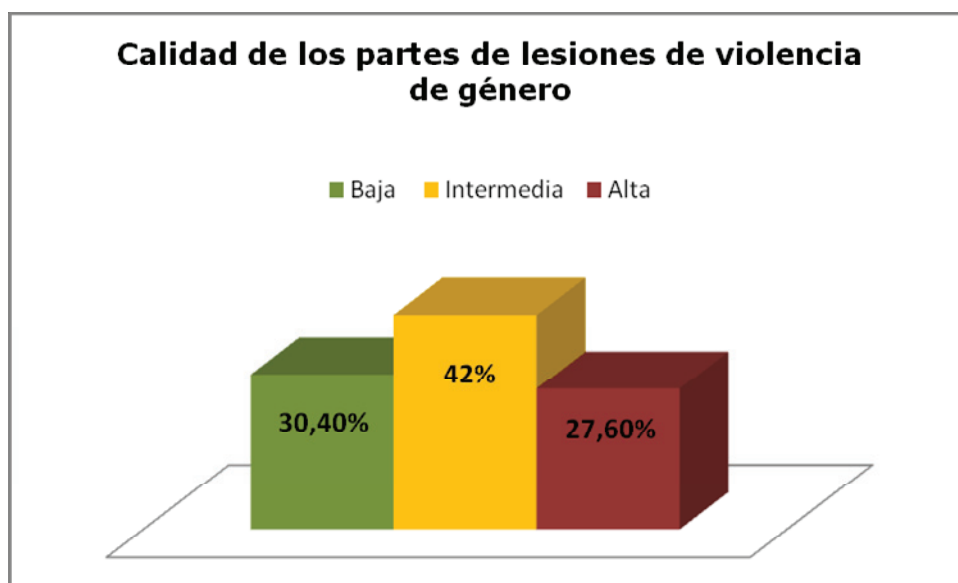


Figura 36.

Como la figura 36 muestra, algo menos de la mitad de los partes de lesiones analizados presenta una calidad intermedia, encontrándose en este rango el 42% (105) de los partes de lesiones revisados en este estudio, muestran una alta calidad un 27,6% (69), y en cambio presentan una baja calidad el 30,4% (76) de ellos.

5.3.3 Análisis de asociación entre variables

Se estudió la asociación entre los resultados obtenidos del baremo y las variables relacionadas con la procedencia del parte de lesiones y el origen hospitalario (Ver Figura #37).

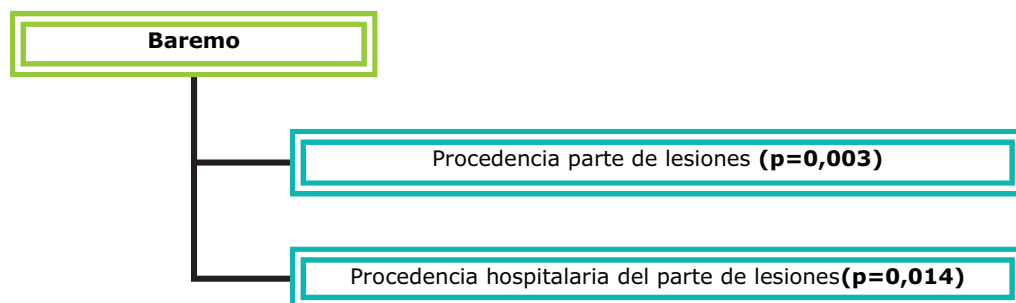


Figura 37.

Al analizar la asociación entre la variable procedencia del parte de lesiones y el baremo obtenido, se observan diferencias estadísticamente significativas ($p=0,003$) que confirman que no es igual la calidad de unos partes y otros en función del origen del mismo.

Se observa que entre los partes procedentes del SAMUR predominan los de alta calidad con un 42,9%, seguido de los de calidad intermedia con un 37,5% y a distancia de los de calidad baja con una representación del 19,6%.

Al referirnos a los partes procedentes del MAP, SUAP, SUMMA los resultados se invierten predominando los partes de lesiones de baja calidad con un porcentaje del 42,2%, seguidos de los de calidad intermedia representados por un 33,7%, y cumpliendo criterios de alta calidad el 24,1% de ellos.

En los de origen hospitalario y en los de los centros de apoyo a la seguridad, los partes que predominan son los de calidad intermedia con unos porcentajes del 44,9% y 63,6% respectivamente, destacando también en ambos casos que los que menos predominan son los que obtienen una puntuación de alta calidad con porcentajes del 26,9% y 12,1% respectivamente.

En resumen hemos observado que los partes que mejor calidad presentan son los del SAMUR (con un valor residual 2,9), y los que peor calidad demuestran los de procedencia de MAP, SUAP y SUMMA (con un valor residual 2,9).

Estos resultados se recogen en la Tabla #20 y se muestran de forma gráfica en la Figura #38.

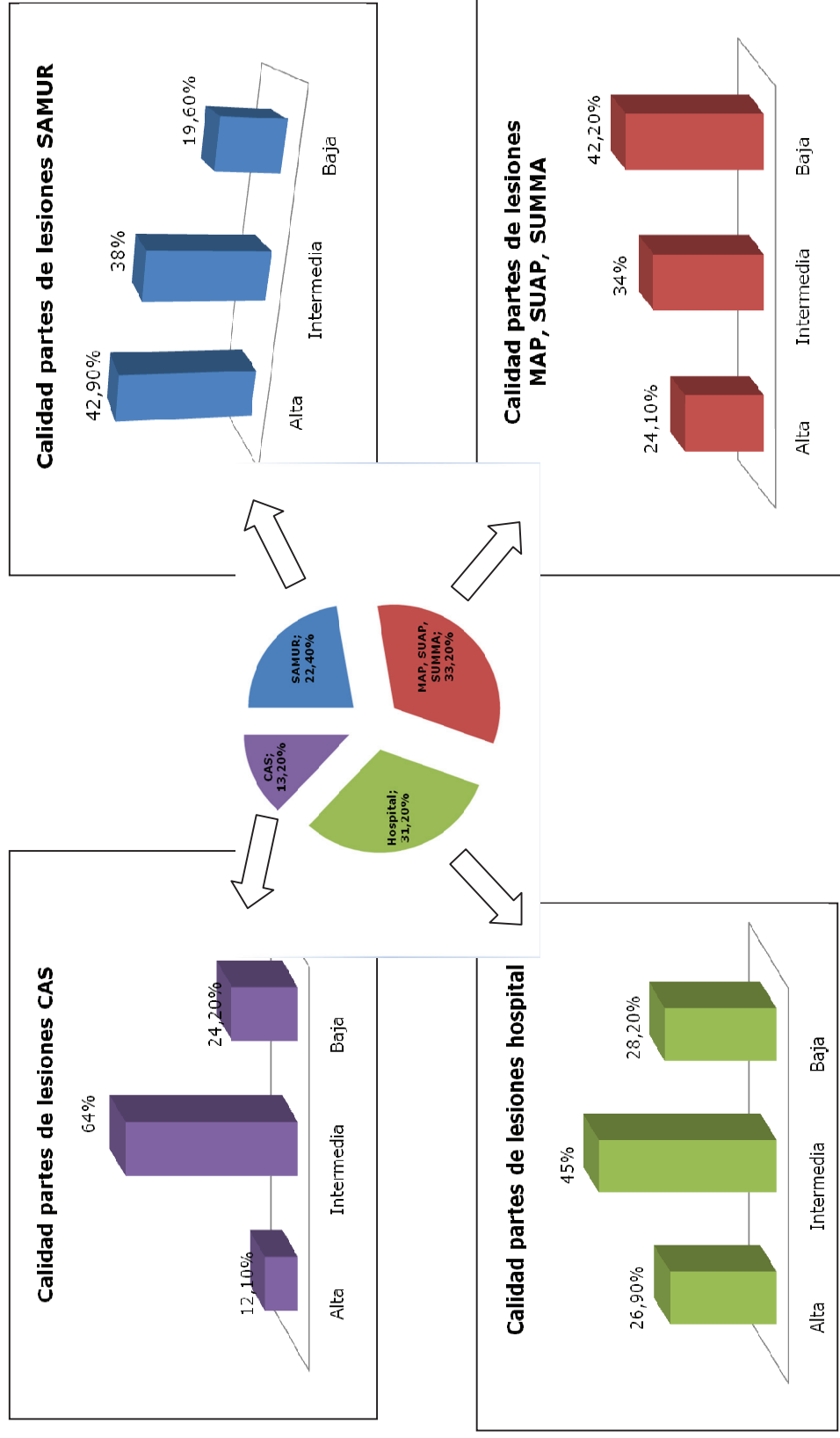
Tabla 20: Baremo obtenido según procedencia parte de lesiones

| | | Baremo3 | | | Total |
|---------------------------------|-------------------------------|---------|--------|---------|--------|
| | | V40-70 | V75-85 | V90-100 | |
| Procedencia SAMUR PL | Recuento | 11 | 21 | 24 | 56 |
| | % dentro de Procedencia PL | 19,6% | 37,5% | 42,9% | 100,0% |
| | Residuos corregidos | -2,0 | -,8 | 2,9 | |
| | MAP, SUAP, SUMMA | | | | |
| | Recuento | 35 | 28 | 20 | 83 |
| | % dentro de Procedencia PL | 42,2% | 33,7% | 24,1% | 100,0% |
| | Residuos corregidos | 2,9 | -1,9 | -,9 | |
| | Hospital | | | | |
| | Recuento | 22 | 35 | 21 | 78 |
| CAS | % dentro de Procedencia PL | 28,2% | 44,9% | 26,9% | 100,0% |
| | Residuos corregidos | -,5 | ,6 | -,2 | |
| | CAS | | | | |
| | Recuento | 8 | 21 | 4 | 33 |
| | % dentro de Procedencia PL | 24,2% | 63,6% | 12,1% | 100,0% |
| | Residuos corregidos | -,8 | 2,7 | -2,1 | |
| | Total | | | | |
| | Recuento | 76 | 105 | 69 | 250 |
| | % dentro de Procedencia PL | 30,4% | 42,0% | 27,6% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|--------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 19,869 ^a | 6 | ,003 |

Figura 38: Baremo obtenido según procedencia parte de lesiones.



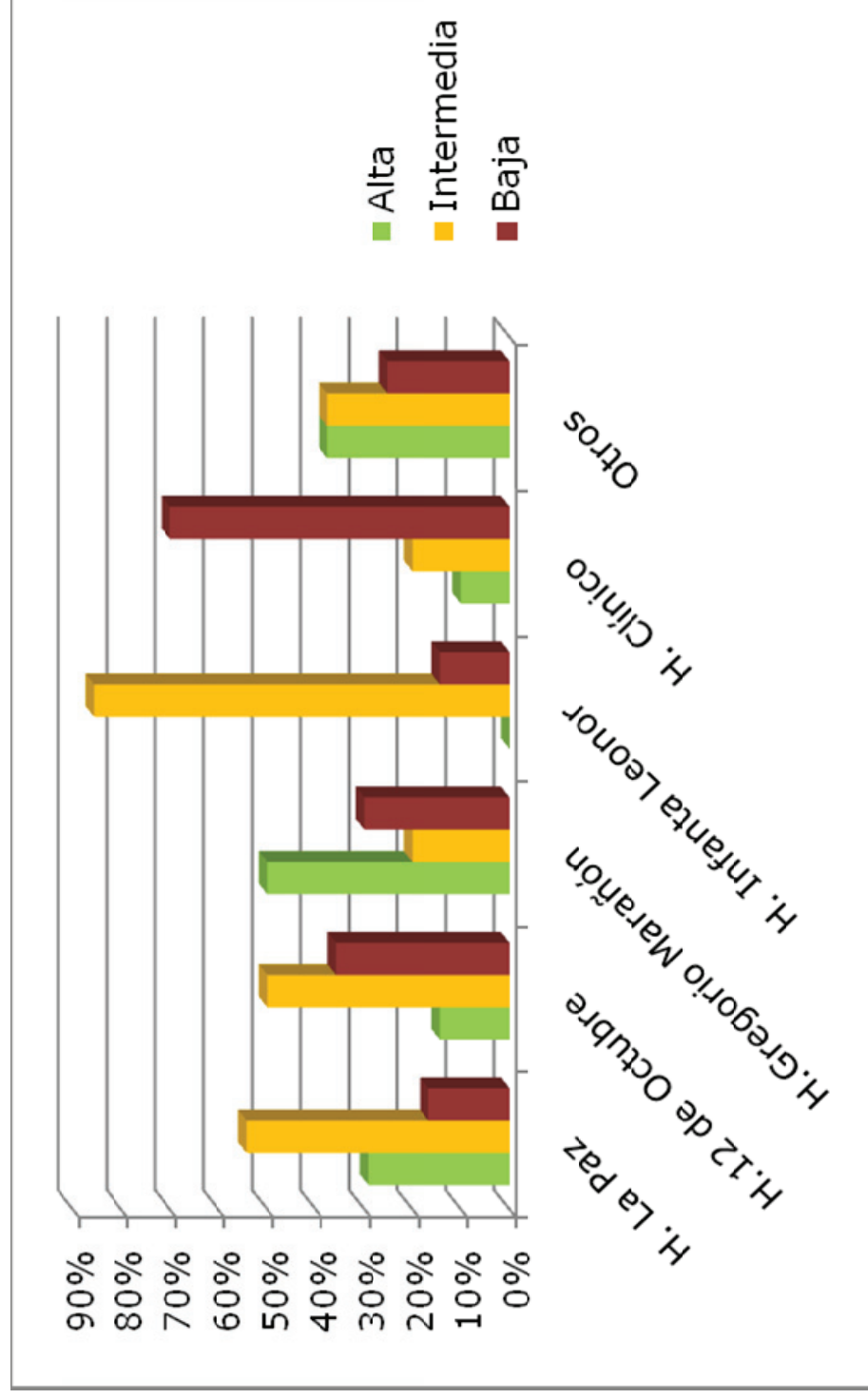
Al analizar la asociación entre la variable hospital de origen del parte de lesiones y el baremo obtenido, se observan diferencias estadísticamente significativas ($p=0,014$) que confirman que no es igual la calidad de los partes de lesiones dependiendo del hospital que los emita.

Se observa que los hospitales en los que predominan los partes de lesiones de calidad alta son en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Ramón y Cajal. En cambio en el Hospital Clínico predominan los partes de calidad baja, con un porcentaje del 70%, frente al 10% de calidad alta entre los partes de lesiones que se emiten en dicho hospital.

En el hospital 12 de Octubre, los partes que predominan son los de calidad intermedia con un porcentaje del 50%, seguido de los de calidad baja con un 35,7%, y con un pequeño porcentaje (14,3%) de partes que cumplan criterios de alta calidad (Ver Figura #39).

Si hacemos referencia a los partes procedentes del Hospital La Paz, los partes que predominan son también los de calidad intermedia con un 54,2% de ellos, seguidos de un 29,2% que cumplen criterios de alta calidad, y de un 16,7% que son de baja calidad.

Figura 39: Calidad de los partes de lesiones según hospital de origen.



5.4. Aplicación SPAD.N: análisis de tipologías

La aplicación de este programa de agregación jerárquica se ha llevado a cabo para establecer los distintos perfiles y tipologías de los conceptos analizados, como las lesiones, el maltrato, las denuncias, la víctima, su agresor y los partes de lesiones. Se establecen distintos perfiles y tipologías en función de las similitudes entre las variables analizadas.

Este análisis descriptivo de tipologías se completa con el estudio de la asociación entre las mismas.

5.4.1. Tipología de las lesiones de las víctimas

En base a las distintas tipologías obtenidas (Ver Tabla #21), en función de las características analizadas (secuelas, asistencia recibida, tratamiento médico, tiempo impeditivo, tiempo transcurrido hasta la valoración forense y lesión predominante), podemos señalar que se han obtenido dos grandes grupos significativos en relación a las lesiones que predominan en los casos analizados, destacado las siguientes tipologías de lesiones:

- **Tipología I:** es un tipo de lesión que se caracteriza por presentar *erosiones* como deterioro físico, por no recibir tratamiento médico, sólo una única asistencia, siendo valorada la lesión entre 24 y 48 horas después de la agresión, con ningún día impeditivo para las actividades habituales de la víctima, por curar en menos de una semana y por hacerlo sin secuelas.

- **Tipología II:** es un tipo de lesión que se caracteriza por presentar *hematomas* como deterioro físico, por no recibir tratamiento médico, sólo una única asistencia, sin impedir el desarrollo de las actividades habituales de la víctima, por curar en menos de una semana y por hacerlo sin secuelas.

Estas tipologías de lesiones son las que más han predominado con porcentajes 29,3% (74 casos) y 27,2% (68 casos), más de la mitad de las lesiones cumplían este perfil. Siendo muy similares exceptuando el tipo de lesión física que producen, pudiendo afirmarse que casi el 60% de las lesiones eran hematoma o erosiones que fueron valoradas entre las 24-48 horas tras la agresión, que sólo necesitaron una primera asistencia médica, que no impidieron a la víctima desempeñar sus actividades habituales, que curaron en menos de una semana y que lo hicieron sin dejar secuelas en la víctima, luego podemos hablar de lesiones de carácter leve.

Se observaron otras tipologías de lesiones, aunque en porcentajes menos llamativos:

- **Tipología III:** lesión que se caracteriza por presentar *eritemas* como deterioro físico, sin hematomas, ni erosiones, por no recibir tratamiento médico, sólo una única asistencia, con ningún día impeditivo para las actividades habituales de la víctima, por curar en menos de una semana y por hacerlo sin secuelas.

Esta tipología está representada por el 16% de los casos, siendo muy similar al patrón representado por las *tipologías I y II* de las lesiones, considerándose a éstas de carácter más leve.

- **Tipología IV:** lesión que se caracteriza por presentar *heridas* como deterioro físico, por ser necesario tratamiento médico, con un tiempo de curación superior a una semana y por dejar secuelas.
- **Tipología V:** patrón que cursa con *fracturas*, siendo necesario tratamiento médico, con un tiempo de curación superior a una semana, con un tiempo impeditivo para la actividad habitual de la víctima entre 7 y 30 días, y que cursa con secuelas.

Estas tipologías de lesiones son menos frecuentes con porcentajes del 7,6% (19 casos) y 6% (15 casos), pero reflejan mayor daño con lesiones de mayor gravedad, siendo necesario realizar tratamiento médico, además de valoración y primera asistencia, por presentar mayor tiempo de curación y por presentar secuelas, y es por ello por lo que nos referimos a la tipología IV y V, como lesiones de carácter grave.

Tabla 21: Tipología de las lesiones que presentan las víctimas.

| TIPOLOGÍA LESIONES | I | II | III | IV | V |
|----------------------|--------------------|----------|--------------------|--------|----------|
| GRAVEDAD | LEVES | | GRAVES | | |
| % CASOS | 29,60 | 27,2 | 16 | 7,6 | 6 |
| LESIÓN | Erosión | Hematoma | Eritema | Herida | Fractura |
| TRATAMIENTO | Sólo 1ª asistencia | | Tratamiento médico | | |
| T. CURACIÓN | < 1 semana | | > 1 semana | | |
| SECUELAS | NO | | SI | | |
| T. IMPEDITIVO | NO | | 7-30 días | | |
| 1ª VALORACIÓN | A las 24-48 horas | | | | |

Al establecer en las tipologías una relación multivariante, no sólo con las variables seleccionadas para determinar los distintos grupos, sino que incluimos todas las variables del estudio, obtenemos algunas características significativas que perfilan cada una de las tipologías de lesiones obtenidas.

- *Tipología I:* en este tipo de lesiones predomina el rango de edad inferior a 24 años tanto en la víctima como en el agresor, los partes proceden del SAMUR en un alto porcentaje, y se caracterizan por estar bien descritas la localización, la forma y las dimensiones de las erosiones pero no su evolución.
- *Tipología II:* este tipo de lesiones se describen bien en los partes de lesiones en cuanto a su localización se refiere.
- *Tipología III:* esta tipología se caracteriza por darse en situaciones de agresión en las que no median ni alcohol ni sustancias tóxicas. Y predominan los casos con evaluación policial del riesgo no registrado.
- *Tipología IV:* predominan en los casos en los que se utilizan los pies como mecanismo de agresión, y los agresores que provocan esta tipología de lesiones se encuentran en un alto porcentaje en una situación legal irregular en España. En los partes de lesiones son descritas correctamente en cuanto a localización.

- *Tipología V*: en esta tipología de lesiones predominan los partes de lesiones de origen hospitalario, y las agresiones que se dan en el domicilio de la víctima.

5.4.2. Tipología de las denuncias

En función de las características analizadas (autor de la denuncia, vía de la denuncia, tipo de maltrato denunciado, si se trata de la primera agresión y denuncia o no, y tiempos transcurridos entre la agresión y la denuncia, y la valoración forense) para establecer las distintas agrupaciones, se obtienen tres tipologías de denuncias (Ver Tabla #22) en los casos analizados, con las siguientes características:

- **Denuncia tipo 1:** caracterizada por denunciarse sólo agresión física, no psíquica, tratarse de una primera denuncia, que se lleva a cabo por vía indirecta y en la que el tiempo transcurrido entre la agresión y la denuncia es menor de 24 horas, y el tiempo transcurrido desde la agresión hasta la valoración forense es menor de 48 horas.
- **Denuncia tipo 2:** se caracterizan por denunciar tanto agresión física como psicológica, por ser la primera denuncia pero no la primera agresión, el tiempo

transcurrido entre la agresión y la denuncia es menor de 24 horas, y se solicita orden de protección.

- **Denuncia tipo 3:** este tipo de denuncias se caracterizan por ser la primera y también la primera agresión, sólo agresión física, no psicológica, la vía de la denuncia es directa, y no se solicita orden de protección.

| TIPOLOGÍA DENUNCIA | TIPO 1 | TIPO 2 | TIPO3 |
|---------------------|-----------|------------------|---------|
| Tipo de agresión | Física | Física+ Psíquica | Física |
| 1ª Denuncia | ✓ | ✓ | ✓ |
| 1ª Agresión | — | ✗ | ✓ |
| Vía de la denuncia | Indirecta | — | Directa |
| Orden de protección | — | ✓ | ✗ |
| T. hasta denuncia | <24h | <24h | — |
| T. hasta forense | <48h | — | >72h |

Tabla 22.

La mayor parte de las denuncias se encuadran en estas tres tipologías, siendo las más predominantes entre los casos estudiados, con unas frecuencias del 28,6% (tipo 1), 27,2% (tipo 2) y 26,2% (tipo 3). Con una frecuencia algo menor (18%) se observa que hay un cuarto tipo de denuncia al que pertenecen 37 de los casos, en los que se observa que no es ni la primera denuncia, ni la primera agresión y que solicitan orden de protección.

5.4.3. Perfil biosocial de la víctima

En base a las variables biosociales determinadas en este estudio relacionadas con las víctimas, se han obtenido tres perfiles que caracterizan a las mismas, a los que responden la mayoría de los casos (83,6%).

Entre las variables utilizadas para determinar el perfil biosocial de la víctima se encuentran:

- ✓ Edad
- ✓ Nacionalidad víctima
- ✓ Actividad laboral
- ✓ Estudios complementarios de la víctima
- ✓ Situación familiar
- ✓ Descendencia
- ✓ Tiempo de convivencia con su agresor

Los perfiles que se obtuvieron de las víctimas fueron los siguientes:

- 1. Perfil víctima A:** mujer con edad comprendida entre 25-34 años, de origen sudamericano, con estudios secundarios, trabajadora, con descendencia y que mantiene con su agresor una relación de pareja con convivencia de entre dos años y medio y cinco años de duración.
- 2. Perfil víctima B:** mujer menor de 24 años, con estudios primarios, sin descendencia, y que mantiene con su agresor una relación de pareja con convivencia inferior a dos años y medio.
- 3. Perfil víctima C:** mujer mayor de 35 años, de nacionalidad española, con estudios básicos primarios, no trabajadoras fuera del hogar, casadas con su agresor, con un tiempo de convivencia superior a cinco años y con hijos.

El perfil que más predominó en este estudio y que define a un tercio de los casos (33,6%), es el perfil de víctima tipo A. Seguido de los perfiles B y C con unos porcentajes del 26% y 24% respectivamente.

Si se establece en los perfiles una relación multivariante, no sólo con las variables seleccionadas que los determinan, sino incluyendo todas las variables del estudio como se ha realizado anteriormente en

otras tipologías, se obtienen algunos rasgos significativos que caracterizan cada uno de los perfiles obtenidos.

El *perfil de víctima A* se caracteriza además por ser víctimas que sufren maltrato en el contexto de consumo de alcohol y/o sustancias tóxicas en el momento de la agresión y por ser presenciada la agresión por sus hijos.

En el *perfil de víctima B* destaca que en la elaboración de sus partes de lesiones se refleja si la víctima acude sola o acompañada.

Y por último el *perfil de víctima C*, en el que llama la atención al establecer esta relación multivariante, que predomina además de la agresión física la psicológica, y el que la agresión de estas víctimas se suele dar en el domicilio de ambos y sin testigos.

5.4.4. Perfil biosocial del agresor

Entre las variables biosociales determinadas en este estudio relacionadas con los agresores, y que determinaron el perfil del agresor se encuentran:

- ✓ Edad
- ✓ Nacionalidad agresor
- ✓ Situación laboral
- ✓ Situación legal en España
- ✓ Consumo habitual de sustancias
- ✓ Antecedentes penales y/o policiales relacionados o no con la pareja
- ✓ Antecedentes psiquiátricos
- ✓ Posesión de armas

Al analizar los perfiles obtenidos se observó que lo que principalmente determinaba el perfil del agresor era el consumo o no de sustancias habitualmente, diferenciando dos grandes perfiles:

- Perfil agresor I, no consumidor de sustancias

- Perfil agresor II, consumidor de sustancias:

- IIa: consumidor alcohol

- IIb: consumidor politóxicos

Respondían a estos perfiles el 84,4% de los agresores, siendo el porcentaje válido de cada grupo el 49,8% (Perfil I) y 50,2% (Perfil II). Dentro del perfil de agresor consumidor de sustancias se distinguió entre el perfil de consumidor de alcohol y el de consumidor de politóxicos, con porcentajes respectivos del 40,2% y 10% (Ver Figura #40).

Los rasgos que caracterizaron a estos perfiles fueron los siguientes:

- Perfil agresor I, no consumidor de sustancias: Varón que se caracteriza por no consumir sustancias tóxicas de ningún tipo, por no tener antecedentes policiales y/o penales no relacionados con la pareja, por ser laboralmente activo y tener una situación legal regular en España.

- Perfil agresor IIa, consumidor habitual de alcohol: Varón que se caracteriza por ser consumidor habitual de alcohol, por no poseer armas, y por tener una situación legal regular en España.

- Perfil agresor IIb, consumidor habitual de politóxicos:

Varón que se caracteriza por ser consumidor habitual de cocaína, cannabis y otros, de nacionalidad española, con antecedentes policiales y/o penales no relacionados con la pareja, sin trabajo, y con antecedentes psiquiátricos.

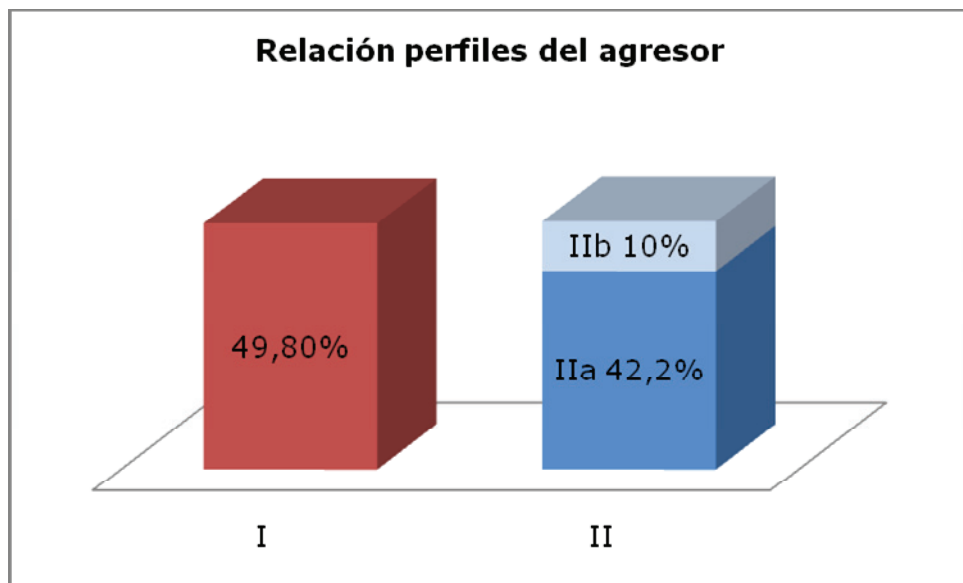


Figura 40.

5.4.5. Perfil del maltrato

El perfil del maltrato se estableció seleccionando las variables relacionadas que permitieran establecer unas características que lo definieran. Entre ellas se eligió la situación familiar de la víctima, si existía orden de protección previa, si se solicitó después, el tiempo de convivencia con su agresor, si existían amenazas y repetición de amenazas previas, si se dio consumo de alcohol y/u otras sustancias en el momento de la agresión, el riesgo de la víctima obtenido tras la evaluación policial, si se trataba de la primera agresión y denuncia, o si por el contrario había antecedentes, el tipo de agresión que se da, el mecanismo de agresión utilizado y el lugar donde se da la agresión. Todas estas características analizadas nos permitieron establecer los perfiles de maltrato que se dieron en este estudio.

Se dieron siete perfiles de maltrato entre todos los casos estudiados, pero los más predominantes fueron los tres que se detallan en primer lugar que constituyeron el 70% de los maltratos, su

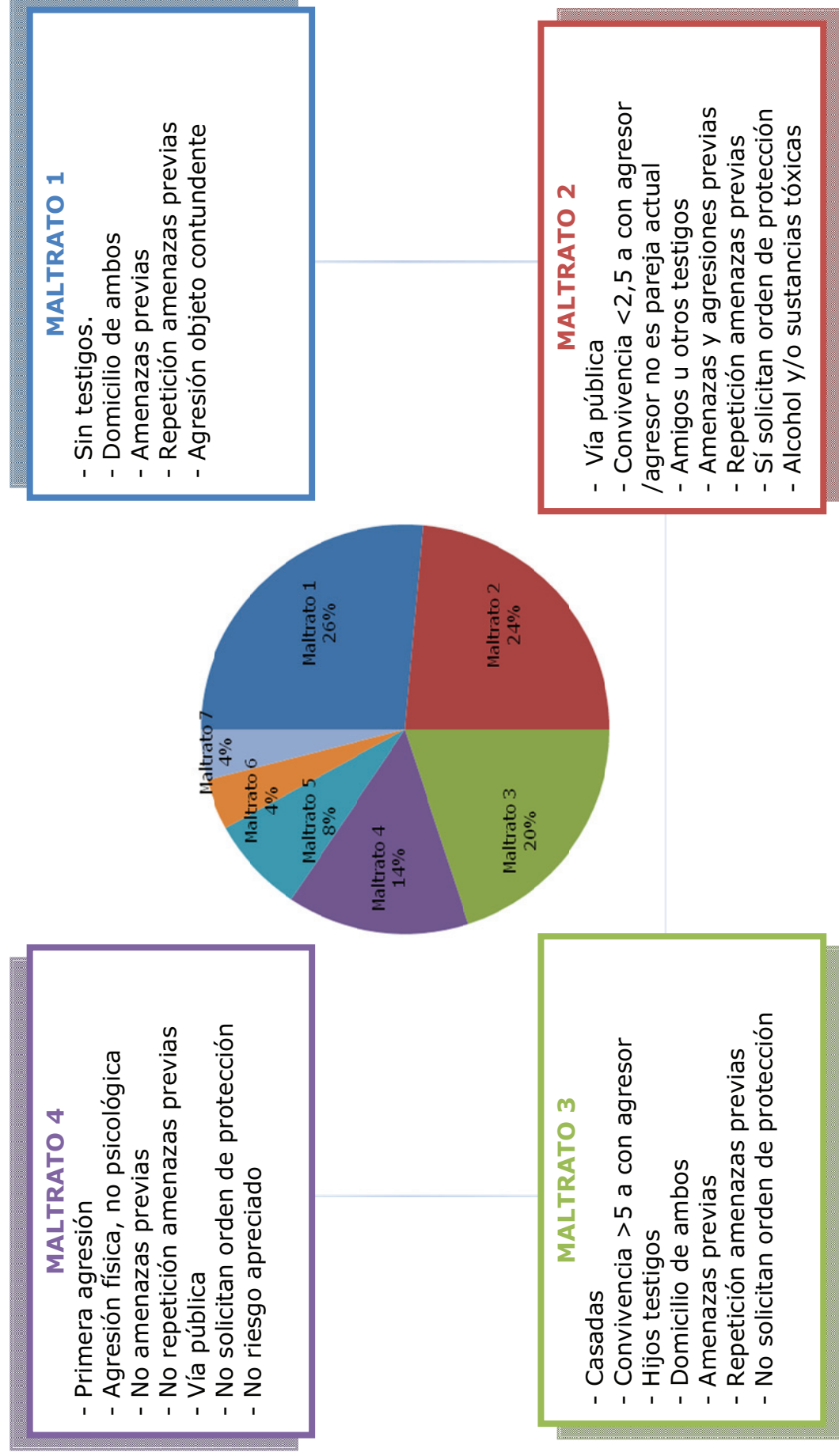
denominación corresponde a la descripción del ambiente en el que se desarrolla.

Perfiles de maltrato observados en el estudio por orden de frecuencia:

- **Maltrato 1, íntimo (66 casos-26,40%):** se le denomina íntimo por ser un maltrato que se da sin testigos, en el domicilio de ambos, existiendo episodios y repetición de amenazas previas, y predominando las agresiones con objetos contundentes.
- **Maltrato 2, público (59 casos-23,6%):** que se caracteriza por tener lugar en la vía pública, en presencia de amigos u otros, en parejas con convivencia inferior a dos años y medio y en los casos en los que el agresor no es la pareja actual, existen episodios previos de agresión y de amenazas. Cuando se da este perfil las víctimas solicitan orden de protección y se caracteriza también por darse consumo de alcohol y/o tóxicos en el momento de la agresión.
- **Maltrato 3, familiar (50 casos-20%):** denominado así por darse en mujeres casadas, con convivencia superior a cinco años, en el domicilio de ambos, en presencia de los hijos, con episodios y repetición de amenazas explícitas previas, y en los que no se solicita orden de protección.

- **Maltrato 4, estallido de violencia (36 casos-14,4%):** que se caracteriza por ser la primera agresión, sólo física, no psicológica, sin episodios ni repetición de amenazas previas, que se da en la vía pública y en el que la víctima no solicita orden de protección y no se aprecia riesgo en la evaluación policial.
- **Maltrato 5 (19 casos- 7,6%):** es aquel maltrato que se da en parejas sin convivencia, en el domicilio de la víctima y sin existir episodios ni repetición de amenazas previas.
- **Maltrato 6 (10 casos- 4%):** este perfil predomina en mujeres cuya situación familiar corresponde a separada o divorciada, en los que la convivencia con el agresor fue superior a cinco años, la agresión se da en el domicilio de la víctima, predominando las agresiones sexuales, el riesgo evaluado por la policía es alto, y solicitan orden de protección.
- **Maltrato 7 (10 casos- 4%):** maltrato caracterizado por no darse empujones como mecanismo de producción, pero sí arma blanca, y siendo el riesgo de evaluación policial alto.

Como se observa en la Figura #41 y como ya se ha comentado anteriormente, los perfiles más reproducidos fueron el 1,2 y 3.

Figura 41: Perfiles de maltrato

Al establecer en los perfiles una relación multivariante, no sólo con las variables seleccionadas para determinar los distintos grupos, sino incluyendo todas las variables del estudio, obtenemos algunas características significativas de cada perfil de maltrato obtenido:

- ✓ El *perfil de maltrato 1* predomina en los agresores consumidores habituales de alcohol.
- ✓ El *perfil de maltrato 2* predomina en agresores con situación irregular en España, de origen sudamericano, con consumo habitual de sustancias, entre ellas predomina la cocaína, y en víctimas y agresores con edades inferiores a 24 años.
- ✓ El *perfil de maltrato 3* se da en víctimas con edades comprendidas entre los 35 y 44 años, y en agresores no consumidores habituales de sustancias.
- ✓ El *perfil de maltrato 4* destaca por ser el que más denuncias con autoría policial tiene, y por darse en agresores que carecen de antecedentes relacionados con la violencia de género.
- ✓ El *perfil de maltrato 5* se da más entre las víctimas españolas, y en los agresores españoles, más frecuentemente en agresores menores de 24 años, y consumidores habituales de cannabis.
- ✓ El *perfil de maltrato 6* predomina entre los agresores con antecedentes de violencia de género y con edades comprendidas entre los 35 y 44 años.

- ✓ El *perfil de maltrato 7* se caracteriza por darse más entre los agresores que poseen armas blancas, de origen centroamericano o del norte de África, y en las víctimas que presentan heridas como lesiones.

5.4.6 Análisis de asociación entre perfiles y tipologías

Para la exposición de los resultados obtenidos del análisis de asociación entre los distintos perfiles y tipologías, se muestran los distintos cruces de variables que resultaron estadísticamente significativos tras la aplicación del test o contraste de Chi-cuadrado en tablas de contingencia ($p < 0,05$).

Se observó que existía una relación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre el perfil de la víctima y el del agresor, destacando que en la mayoría (44%) de las víctimas con *perfil biosocial tipo A* (mujer con edad comprendida entre 25-34 años, de origen sudamericano, con estudios secundarios, trabajadora, con descendencia y que mantenía con su agresor una relación de pareja con convivencia de entre dos años y medio y cinco años de duración) el perfil de su agresor era de *tipo IIa*, consumidor habitual de alcohol.

Por otro lado se observó, que una de las variables que mostró mayor número de asociaciones estadísticamente significativas fue el perfil del maltrato (Ver Figura #42).

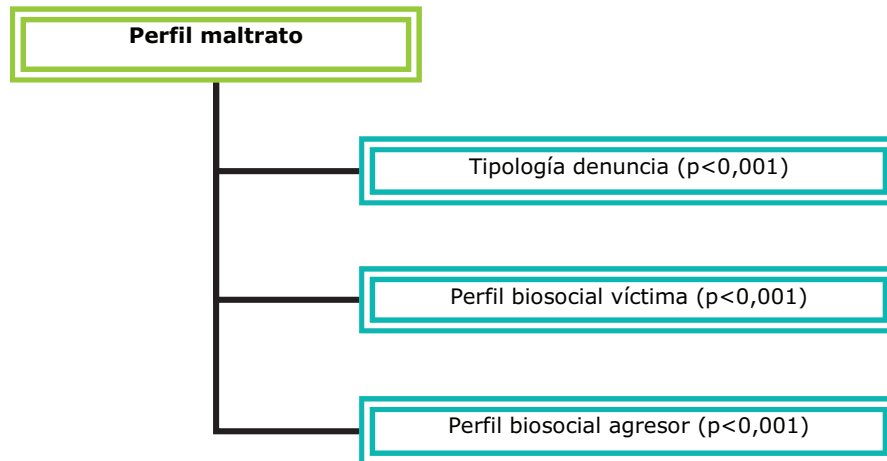


Figura 42.

✓ Perfil maltrato vs tipología denuncia:

Se observó que existía una relación entre el perfil del maltrato que se daba con el tipo de la denuncia que se interponía.

En el 39% (residual 3,2) de los casos de *maltrato público*, que se caracterizaba por tener lugar en la vía pública, en presencia de amigos u otros, en parejas con convivencia inferior a dos años y medio y en los casos en los que el agresor no era la pareja actual, con episodios previos de agresión y amenazas, en el que las víctimas solicitaron orden de protección y en el que se daba consumo de alcohol y/o tóxicos en el momento de la agresión, el tipo de denuncia que se daba era el *tipo 1* caracterizada por denunciarse sólo agresión física, no psíquica, tratarse de una primera denuncia, que se llevaba a

cabo por vía indirecta y en la que el tiempo transcurrido entre la agresión y la denuncia era menor de 24 horas, y el tiempo transcurrido desde la agresión hasta la valoración forense era menor de 48 horas.

En el 47,2% (residual 4) de *maltratos tipo 4* y en el 42,1% (residual 2,3) de *maltratos tipo 5* el tipo de denuncia que predominaba era el *tipo 3*, estas denuncias se caracterizaban por ser la primera interpuesta y también la primera agresión, sólo se denunciaba agresión física, no psicológica, la vía de la denuncia era directa, y no se solicitaba orden de protección.

✓ **Perfil maltrato vs perfil biosocial víctima:**

Se observó que existía una relación estadísticamente significativa entre el perfil del maltrato que se daba y el perfil biosocial de la víctima.

Así se obtuvo que cuando el perfil de la víctima era *tipo C* (mujer mayor de 35 años, de nacionalidad española, con estudios básicos primarios, no trabajadora fuera del hogar, casada con su agresor, con un tiempo de convivencia superior a cinco años y con hijos) los perfiles de maltrato que predominaban eran el *íntimo* y el *familiar*. La relación era la siguiente, en el 43,3% (residual 5,2) de los casos el maltrato fue de tipo familiar y en el 36,7% (residual 2,1) el maltrato fue de tipo íntimo.

En cambio en los casos de *perfil biosocial de la víctima tipo B* (mujer menor de 24 años, con estudios primarios, sin descendencia,

y que mantenía con su agresor una relación de pareja con convivencia inferior a dos años y medio) el tipo de maltrato que se daba en un alto porcentaje de casos (40%) era el *tipo 5*, caracterizado por ser el tipo de maltrato que se daba en parejas sin convivencia, en el domicilio de la víctima y sin existir episodios ni repetición de amenazas previas.

✓ **Perfil maltrato vs perfil biosocial del agresor:**

También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el perfil de maltrato que se daba con el perfil biosocial que tenía el agresor.

En el caso de los agresores no consumidores de sustancias el perfil de maltrato que predominaba era el familiar y el tipo 4 que se daban en un porcentaje del 26,7% (residual 2,2) y el 22,9% (residual 3,2) de ellos respectivamente.

En los *agresores tipo IIa*, consumidores habituales de alcohol, el perfil de maltrato que predominaba era el *tipo íntimo*, que se daba en el 38,8% (residual 3,2) de ellos.

En cambio entre los *agresores de tipo IIb*, consumidores habituales de politóxicos, el perfil de maltrato que más se daba era el *público* y el *tipo 5*.

5.5. Caracterización de variables

Algunas de las variables se han seleccionado para establecer caracterizaciones de las mismas, analizando en las tablas de contingencia todos aquellos datos con valor residual >2 .

5.5.1 Caracterización de los parte de lesiones según su origen

Según la procedencia de los partes de lesiones podemos exponer las características más significativas (Ver Tabla #23) que destacan en los partes de lesiones:

- **Partes del SAMUR** se caracterizan por ser:
 - *Los que mejor:*
 - describen las erosiones en cuanto a forma.
 - *Los que peor:*
 - describen las erosiones en cuanto a evolución.
 - *Los que más:*
 - reflejan el estado psíquico de la víctima.
 - reflejan la fecha y hora del incidente.
 - reflejan el lugar del incidente.
 - hacen referencia a cómo han ocurrido los hechos.
 - reflejan si ha habido antecedentes de maltrato.
 - reflejan la existencia de otras víctimas de maltrato en el mismo acto.

- *Los que menos:*
 - reflejan el pronóstico.
- **Partes del MAP, SUAP y SUMMA** se caracterizan por ser:
 - *Los que peor:*
 - describen las heridas en cuanto a evolución.
 - *Los que menos:*
 - especifican en el parte de lesiones que se trata de un caso de violencia de género.
 - hacen referencia al plan de actuación que se llevará a cabo con la víctima después de la asistencia.
 - reflejan la fecha y hora del incidente.
- **Partes hospitalarios** se caracterizan por ser:
 - *Los que mejor:*
 - describen las dimensiones de los hematomas
 - *Los que menos:*
 - reflejan el lugar del incidente.
 - reflejan si la paciente acude o no acompañada.
 - *Los que más:*
 - reflejan las medidas terapéuticas realizadas.
 - hacen referencia al plan de actuación con la víctima
- **Partes del CAS** se caracterizan por ser:
 - *Los que peor:*

- concretan la localización de las lesiones.
- describen el tipo de lesión.
- *Los que menos:*
 - describen la coloración de los hematomas
 - reflejan el estado psíquico de la paciente
 - hacen referencia a cómo han ocurrido los hechos
 - reflejan las medidas terapéuticas realizadas.
- *Los que más:*
 - especifican que se trata de un caso de violencia de género.
 - reflejan si la paciente acude sola o acompañada.
 - reflejan el pronóstico
 - reflejan que se ha puesto en conocimiento del juzgado.

Tabla 23: Caracterización de los partes de lesiones según su origen

| PROCEDENCIA PARTE DE LESIONES | SAMUR | MAP-SUAP-SUMMA | HOSPITAL | CAS |
|-------------------------------------|---|--|---|---|
| LOS QUE MEJOR: | - describen las erosiones en cuanto a forma | | - describen las dimensiones de los hematomas | |
| LOS QUE PEOR: | - describen las erosiones en cuanto a evolución | - describen las heridas en cuanto a evolución | | - concretan la localización de las lesiones. - describen el tipo de lesión. |
| LOS QUE MÁS: | - reflejan estado psíquico de la víctima. - reflejan la fecha y hora del incidente. - reflejan el lugar del incidente. - referencia a cómo ocurren los hechos. - reflejan antecedentes de maltrato. - reflejan la existencia de otras víctimas | | - reflejan las medidas terapéuticas realizadas. - hacen referencia al plan de actuación con la víctima | - especifican caso de violencia de género. - reflejan si la paciente acude sola o acompañada. - reflejan el pronóstico - reflejan si notificación a juzgado |
| LOS QUE MENOS: | - reflejan el pronóstico | - especifican caso de violencia de género. - referencia al plan de actuación - reflejan la fecha y hora del incidente. | - reflejan el lugar del incidente. - reflejan si la paciente acude o no acompañada | - describen la coloración de los hematomas - reflejan el estado psíquico - hacen referencia a cómo han ocurrido los hechos - reflejan las medidas terapéuticas realizadas. |

5.5.2 Caracterización de las víctimas según su nacionalidad

Según la nacionalidad de la víctima podemos exponer las características más significativas que destacan a cada una.

Se ha observado que las víctimas de **origen sudamericano** se caracterizan por presentar una evaluación del riesgo policial bajo, también destacan por no ser agredidas con arma blanca, y destacan por ser agredidas en presencia de testigos. Sus agresores son de nacionalidad sudamericana, y desempeñan labores domésticas y de limpieza.

Las víctimas de **Europa Oriental** destacan por presentar una valoración policial del riesgo de agresión medio, y se caracterizan por tener denuncias y orden de protección previas. Sus agresores son de su misma nacionalidad.

Las víctimas de **nacionalidad española** se caracterizan por presentar además de agresión física, un alto índice de agresión psíquica. Sus agresores son también de nacionalidad española. Su agresión se caracteriza por ser con manos y empujones, y tener lugar en ausencia de testigos. Sus denuncias son las que más son interpuestas por personas diferentes a la propia víctima y a los cuerpos de seguridad del estado. Predominan las mujeres con edad superior a los 45 años, sin actividad laboral, con antecedentes de patología psicológica

Las víctimas de **origen norafricano** se caracterizan por ser agredidas por arma blanca y por presentar pocos hematomas y mayor porcentaje de heridas y secuelas.

5.5.3 Caracterización de los agresores según su nacionalidad

Si analizamos la nacionalidad de los agresores podemos exponer las características más significativas que destacan de cada una.

Se ha observado que los agresores de **origen sudamericano** se caracterizan por no consumir habitualmente sustancias, especialmente ni cannabis, ni cocaína ni otras sustancias. Pero en cambio se caracterizan por haber consumido sustancias y/o alcohol en el momento de la agresión.

Destaca que no poseen armas en el momento de la detención, en especial armas blancas ni de fuego.

La evaluación policial del riesgo de agresión a la víctima es bajo.

Destaca que no utilizan las manos ni empujones como principal mecanismo de agresión.

Se caracterizan por producir siempre lesiones en sus víctimas, y por llevar a cabo la agresión en presencia de testigos.

Se ha observado que los agresores procedentes de **Europa Oriental** se caracterizan por realizar agresiones sexuales a sus víctimas, agredir con arma blanca y por producir hematomas en sus víctimas.

Los agresores de **origen norafricano** se caracterizan por no consumir alcohol habitualmente, y no haber consumido ninguna sustancia tóxica en el momento de la agresión.

Destacan también por agredir con arma blanca.

Se caracterizan por no producir hematomas en sus víctimas, pero sí heridas, y por dejar secuelas de la agresión y requerir tratamiento médico sus víctimas para conseguir la sanidad de las lesiones.

Los agresores de **origen subsahariano** se caracterizan por no consumir habitualmente sustancias, y por presentar una valoración policial del riesgo de agresión medio.

Los agresores de **nacionalidad española** se caracterizan por ser consumidores habituales de sustancias, especialmente cannabis, cocaína y otras sustancias tóxicas. En cambio destacan por no consumir sustancias tóxicas ni alcohol en el momento de la agresión.

Destacan por presentar antecedentes penales y/o policiales no relacionados con la violencia de género.

Se caracterizan también por utilizar como mecanismo de agresión las manos y los empujones, y por ser los que menos lesiones

producen en sus víctimas, y llevar a cabo las agresiones en ausencia de testigos.

Los agresores procedentes de **Europa Occidental** únicamente se caracterizan por ser consumidores habituales de cannabis y cocaína.

Los **agresores centroamericanos** se caracterizan por poseer armas en el momento de la detención, en especial armas blancas, y por provocar lesiones con las mismas y con otros objetos.

5.5.4 Caracterización de las agresiones en consumidores habituales de sustancias

Las agresiones en consumidores habituales de sustancias se caracterizan por predominar como mecanismo de agresión las manos y por la ausencia de mecanismo lesivo por arma blanca y objetos contundentes. Suelen tener antecedentes penales y/o policiales no relacionados con la violencia de género.

También se caracterizan por provocar menos lesiones en sus víctimas y por producir maltrato de tipo psicológico.

5.5.5 Otras caracterizaciones de variables

➤ **Caracterización de las agresiones en presencia de alcohol y/o sustancias tóxicas:**

Se ha observado que las agresiones en **presencia de alcohol** destacan por no utilizar armas blancas como mecanismo de agresión, y por provocar hematomas en las víctimas y no eritemas.

➤ **Caracterización de los agresores según su situación laboral:**

Los agresores que se encuentran **parados** se caracterizan por consumir habitualmente sustancias tóxicas.

Los agresores que presentan **un único trabajo** se caracterizan por no consumir habitualmente sustancias tóxicas.

➤ **Caracterización de las agresiones según el riesgo de agresión a la víctima:**

Cuando la evaluación policial del **riesgo es bajo**, las agresiones se caracterizan por no utilizarse los empujones como mecanismo de agresión, y sí predominar las agresiones con otros objetos, y por haber ausencia de posesión de armas de fuego.

Cuando la evaluación policial del **riesgo es medio** se caracterizan por ser agresiones en las que se utilizan objetos contundentes.

Por último cuando la evaluación policial del **riesgo es alto** predominan la presencia de heridas como lesiones en las víctimas, y la posesión de armas de fuego en los agresores.

VI.DISCUSIÓN

Antes de comenzar a discutir los resultados de este trabajo, debe señalarse una posible limitación del estudio que es el hecho de que la muestra estudiada pertenece al grupo de mujeres que deciden denunciar a su agresor, siendo éste un sesgo del estudio a la hora de analizar las variables estudiadas, sobre todo las relacionadas con la víctima ya que la interpretación de los resultados puede verse condicionada por algunas limitaciones atribuidas a los datos de las denuncias por violencia de género. Se sabe que todavía son muchas las mujeres que no denuncian a sus maltratadores y, por tanto, la utilización de estos datos como aproximación a la morbilidad consecuente de la violencia de género puede estar infravalorando la magnitud del problema.

Se ha mantenido el esquema seguido durante todo el estudio en la estructura de la discusión para un mejor manejo, y comprensión, analizando a las víctimas, sus agresores, las denuncias y el maltrato, las lesiones de la víctima y los partes de lesiones.

VÍCTIMA

La mujer que sufre maltrato hemos observado que es una mujer de mediana edad, la mayoría se encuentra en un rango entre los 25 y 34 años, observando un menor número de casos en las edades extremas, siendo la edad media de 33 años, coincidiendo con estudios similares

llevados a cabo en España que afirman que el mayor número de maltratos se da en víctimas con edades de 20 a 39 años (Escribà-Agüir, 2006 y Echeburúa, 2008).

La mayoría de las mujeres son extrajeras, las sudamericanas fueron el grupo predominante, siendo las ecuatorianas las mayores víctimas de la violencia de género en este estudio, seguidas de las peruanas, bolivianas, y a cierta distancia las colombianas.

Según los datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística, la nacionalidad de la población femenina extranjera de América del Sur con edades comprendidas entre 15 y 64 años, incluida en el Padrón municipal de 2008 con datos a nivel de la Comunidad de Madrid, que presenta un mayor número de personas censadas es la siguiente: Ecuador (60.096), Colombia (32.389), Bolivia (29.069), Perú (23.912) y Paraguay (14.440). Distribuidas por grupos de edad y país de nacimiento como aparece en la Tabla #24. Por lo que estos datos deben ponderarse teniendo en cuenta las cifras de población de las mujeres residentes sudamericanas según su nacionalidad aplicando una tasa que relacione el número de mujeres víctimas de violencia de género por cada 10.000 residentes.

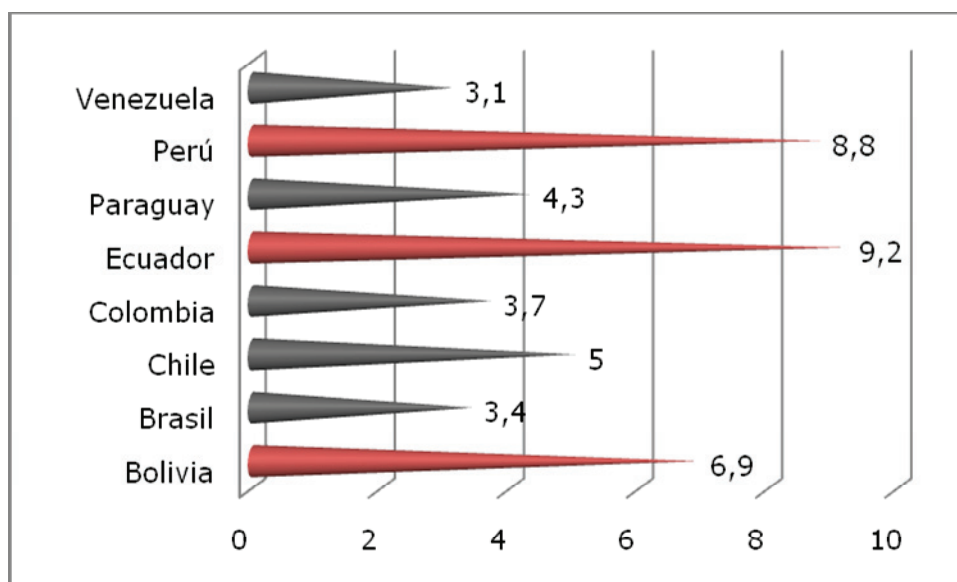
Tabla 24: Población extranjera de América del Sur por país de nacimiento y edad

| Mujeres | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 |
|------------------|-------|-------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Argentina | 471 | 792 | 1.842 | 2.458 | 1.570 | 989 | 754 | 589 | 542 | 361 |
| Bolivia | 1.422 | 4.929 | 7.211 | 5.563 | 3.797 | 2.659 | 1.797 | 1.006 | 472 | 213 |
| Brasil | 525 | 1.959 | 2.807 | 2.284 | 1.528 | 1.116 | 713 | 401 | 198 | 91 |
| Chile | 271 | 406 | 629 | 763 | 518 | 455 | 379 | 329 | 199 | 125 |
| Colombia | 2.432 | 2.815 | 5.652 | 5.604 | 5.009 | 4.135 | 3.000 | 2.004 | 1.132 | 606 |
| Ecuador | 5.251 | 6.076 | 11.961 | 11.552 | 9.168 | 6.706 | 4.516 | 2.707 | 1.450 | 709 |
| Paraguay | 478 | 2.971 | 3.477 | 2.243 | 1.728 | 1.379 | 1.045 | 650 | 348 | 121 |
| Perú | 1.383 | 2.263 | 4.143 | 4.503 | 3.813 | 2.910 | 2.128 | 1.376 | 818 | 575 |
| Uruguay | 81 | 149 | 257 | 313 | 237 | 181 | 149 | 116 | 97 | 74 |
| Venezuela | 322 | 675 | 1.381 | 1.362 | 845 | 641 | 488 | 342 | 247 | 175 |

Unidad: personas. Reproducción Instituto Nacional de Estadística

Como se observa en la Figura #43 la mayor tasa corresponde a Ecuador, seguida de Perú y Bolivia.

Figura 43: Nacionalidad grupo sudamericanas (tasa por 10000 hab)



A la vista del gráfico llama la atención la baja tasa que presenta un país como Colombia siendo el segundo país que presenta un mayor número de mujeres censadas en la Comunidad de Madrid.

Con respecto al nivel de estudios, los casos se dan en mayor medida en personas con estudios primarios o secundarios y casi un 16% tenía estudios universitarios, estas cifras son superiores a otros estudios revisados en los que la cifra de media de mujeres con estudios universitarios es inferior (Plazaola-Castaño, 2004).

Las mujeres de nuestro estudio eran en el 67,2% de los casos laboralmente activas, hecho que puede ayudar a tomar la decisión de denunciar a su agresor por el hecho de tener un mejor aporte socioeconómico, ya que en otros estudios la incidencia de mujeres trabajadoras es menor, alrededor del 46% (Ruiz Pérez, 2004). Si nos basamos en otros estudios revisados (Fontanil, 2005) en los que se ha observado que en mujeres maltratadas la situación laboral es peor que en las mujeres que no sufren maltrato, la diferencia con este trabajo, radica en que en esos estudios las mujeres maltratadas no habían denunciado la situación de maltrato, y en esta investigación son mujeres que han decidido denunciar, de ahí que se pueda considerar el tener una buena situación laboral como "factor protector del maltrato" y como empuje para frenar las agresiones y denunciar a su agresor.

Mayoritariamente, y como en otros estudios nacionales revisados (Echeburúa, 2008), el maltrato se dio en mujeres casadas o que conviven en pareja. No es despreciable la cifra del 14,8% en las que el agresor fue la expareja de la víctima, y más si se tiene en cuenta que el 18% de los agresores de las víctimas mortales que hubo en España en el año 2008 fueron sus exparejas según refleja el Informe de víctimas mortales por violencia doméstica y de género en el año 2008 elaborado por el Servicio de Inspección del Consejo General del Poder Judicial. Aún así es un porcentaje inferior del que refieren otros autores en sus estudios como Echeburúa que afirma que *"en más de la mitad de los casos (54%) las víctimas están ya separadas o en trámites de separación"* o Fontanil que señala en relación a los agresores que *"el 35,5% eran ya ex esposos o ex compañeros y el 18,9% eran ya ex novios"*.

Un dato que coincide con estudios como el de Escribà-Agüir (2006) es el porcentaje tan elevado de casos en los que había habido antecedentes previos de maltrato. Es tranquilizador frente a este dato saber que la mayoría de las mujeres solicitaron orden de protección, frente a un pequeño porcentaje que decidió no pedirla. En la mayor parte de los supuestos se concedieron las órdenes de protección solicitadas haciendo eco de la crítica a la ley de medidas de protección integral contra la violencia de género realizada por María Sanahuja, magistrada de la Audiencia Provincial de Barcelona y miembro de Jueces para la Democracia y la Plataforma Otras Voces Feministas. Esta magistrada afirma que muchos jueces han concedido prácticamente todas las

órdenes de protección solicitadas, colapsando los servicios administrativos de protección a las víctimas, que difícilmente las pueden atender, señala además que los fiscales han solicitado una orden de protección, normalmente de alejamiento, en prácticamente todos los casos, muchas veces sin demasiadas pruebas y sin valorar factores como el estigma de maltratador.

AGRESOR

En este estudio el agresor desde el punto de vista sociodemográfico se presentó como un varón de 35 años de edad media, consumidor habitual de sustancias, no poseedor de armas, sin antecedentes penales ni policiales, ni lesiones realizadas por su pareja y era laboralmente activo, coincidiendo estos resultados con los de otros estudios realizados (Boira Sarto, 2008, Vives-Cases, 2007a, Echeburúa, 2008).

En consonancia con los resultados de otros estudios que revisan los perfiles de víctima y agresor (Echeburúa, 2008) la mayoría de los agresores (63,25%) eran extranjeros, la media nacional de agresores extranjeros se establece en un 38,6%⁴⁰, teniendo en cuenta que este estudio ha sido realizado en Madrid capital esta cifra traduciría el hecho ya conocido de que la población inmigrante es mayor en la capital. Pero podrían ser muchos otros los factores que justificaran esta mayor

⁴⁰ Informe del Ministerio de Igualdad sobre denuncias y homicidios en el año 2008.

incidencia, como los patrones socioculturales de su lugar de origen, las características de la relación de pareja o las condiciones de la vivienda habitual como el uso multicompartido de vivienda con personas sin relación familiar o de amistad entre ellas e incluso de varias nacionalidades. Atendiendo a estos factores, esta investigadora considera no sólo importante el seguimiento y control policial, que ya se realiza de forma eficaz, sino también y muy especialmente, la actuación a nivel de las organizaciones de inmigrantes que existen en nuestra capital y en las que a través de ellas podría realizarse una labor educativa por parte de equipos psicosociales y sobre todo, una labor de detección de la situación de malos tratos antes incluso que se llegue a la judicialización del problema.

En el momento de la agresión sólo el 29,9% había consumido alcohol y/o otra sustancia, datos que difieren de otros estudios revisados en los que la prevalencia de consumo de sustancias es mayor, oscilando entre el 60 y el 85% de los casos que habían consumido alcohol y entre el 13 y 35% que habían consumido otras drogas (Fernández-Montalvo, 2005 y Echeburúa, 2004b). Como en los estudios revisados el alcohol es la sustancia más frecuentemente consumida por los agresores.

Los mayores consumidores habituales de sustancias tóxicas fueron los agresores de nacionalidad española y sudamericana, en cambio se observó que al analizar las situaciones de maltrato en que mediaba el alcohol el número de casos que se da entre los agresores españoles es menor, hecho que puede ser interpretado como la influencia negativa del

alcohol no sólo como detonante del estallido de violencia sino como responsable de germinar una situación basal de heteroagresividad, considerándolo como un factor de riesgo de agresión en violencia de género como ya han demostrado otros estudios (Fernández-Montalvo, 1997).

Este estudio también demuestra que el consumo habitual de sustancias es un factor de riesgo para provocar agresiones de tipo psicológico, siendo más frecuente este tipo de agresión entre consumidores habituales de sustancias.

El consumo de sustancias tóxicas se confirma por tanto como factor de riesgo de agresión en violencia de género, pero como este estudio demuestra no se relaciona con la gravedad de la agresión, ya que se observó que en los casos de agresiones con arma blanca en ninguno de ellos mediaba el consumo de sustancias ni de forma habitual ni en el momento de la agresión, así como también se observó que las lesiones más predominantes cuando se había consumido alcohol eran los hematomas.

El mayor índice de consumo de sustancias se dio entre los agresores que se encontraban en desempleo, dato que apoya otros estudios cuando afirman que la situación laboral del agresor es un factor de riesgo para el consumo de sustancias, y en consecuencia para perpetrar agresiones (Fernández-Montalvo, 2005). Se observó que no hay mayor número de agresiones en presencia de testigos cuando el agresor ha consumido sustancias tóxicas, como se refiere en otros estudios (Fernández-Montalvo, 1997), lo que parecería más lógico si

tenemos en cuenta que estas sustancias puede influir sobre sus capacidades volitivas.

En nuestro análisis sólo el 6,9% de los agresores tenía antecedentes psiquiátricos. No hemos encontrado estudios que hablen de cifras tan bajas, en la mayoría de los estudios estas cifras se encuentran alrededor del 20% (Echeburúa 2004c y Sanmartín, 2002).

Son muchos los estudios que han analizado los perfiles del agresor, y que determinan, como se ha mostrado en esta investigación, que uno de los factores más importantes que influye a la hora de determinar el perfil del agresor es el consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas (Castellano, 2004; Fernández-Montalvo, 1997; Boira Sarto, 2008).

Aunque se hayan descrito los perfiles del maltratador diferenciados en base al consumo de sustancias, y factores biosociales, esta investigadora considera que en todo maltratador existen unas circunstancias comunes como fondo en las que destacan: los factores culturales y educativos que hacen que para muchos hombres el papel de la mujer sea de puro objeto, de servicio al hombre, a los hijos y a la casa y actúan frente a ella desde un rol de dominancia y superioridad, sin que ello pueda ser etiquetado de patológico ni de anormal. La inmersión en este rol por parte del agresor y la inmersión de la víctima en el rol complementario, contribuyen a que la violencia quede enmascarada bajo

un contexto sociocultural, y que la víctima quede atrapada en un túnel sin salida.

MALTRATO-DENUNCIA

En este estudio el maltrato era físico en todos los casos, acompañado en sólo una cuarta parte de las ocasiones de maltrato psicológico, y un pequeño porcentaje sufrieron además agresión sexual. Estos resultados distan mucho de las revisiones nacionales, en las que se hace referencia a un 62% de maltrato físico y psicológico (Escribá-Agüir, 2006) y de las revisiones internacionales, como en un estudio de Richardson et al, que encontraron que el maltrato psicológico, medido como amenazas por parte de la pareja, era más frecuente que el maltrato físico en mujeres que acudían a centros de atención primaria en Londres (Richardson, 2002).

En los casos en los que se denunciaba una primera agresión, la agresión psíquica no predominaba, aumentando claramente cuando la víctima tenía antecedentes de episodios previos de malos tratos. Esto podría estar relacionado con que la violencia emocional en muchas mujeres podría estar normalizada y mejor tolerada que la violencia física, dado el mayor carácter subjetivo de la primera, y no son conscientes de ello, estando la situación de maltrato psíquico enmascarada, hasta que no reciben un primer golpe físico, o bien con el hecho de que las agresiones reiteradas fomenten el maltrato de tipo psicológico, añadiendo este tipo de violencia a la física ya existente, como un paso de

haber superado aún más los límites del respeto, ya que como señala Echeburúa *"en el contexto de la violencia doméstica, una vez que ha surgido el primer episodio de maltrato, la probabilidad de nuevos episodios es mucho mayor. Rotas las inhibiciones relacionadas con el respeto a la otra persona, la utilización de la violencia supone una estrategia de control de la conducta que se hace cada vez más frecuente"*.

En relación al cálculo del riesgo de agresión a la víctima son pocos los resultados encontrados en la bibliografía, en este estudio se refleja que en la mayoría de los casos era bajo o no se apreciaba, y en segundo lugar el riesgo evaluado era medio. Teniendo en cuenta que este dato es una evaluación policial basada en las declaraciones de la víctima, hace que la veracidad del mismo quede en observación, tanto por exceso como por defecto. De la información obtenida sobre el riesgo llama mucho la atención y es un gran fallo detectado en el abordaje de la violencia doméstica, el hecho de que el 32% de los casos no tuvieran evaluación del riesgo de agresión a la víctima por problemas en el sistema informático, siendo un problema que debería solventarse por otros medios, aunque como hemos comentado sea un dato de fiabilidad dudosa.

En la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, queda señalado claramente entre sus principios rectores el asegurar la prevención de los hechos de violencia de género, a través de los recursos e instrumentos

que articulen los distintos Poderes Públicos. A tal efecto se dispone que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad actúen conforme al Protocolo de Actuación con los órganos Judiciales para la Protección de la Violencia Doméstica y de Género. Como ya ha sido comentado uno de los puntos principales de este protocolo es determinar la intensidad del riesgo que soporta la víctima utilizando para ello las herramientas y formularios normalizados al efecto por la Secretaria de Estado de Seguridad y disponibles en el "Sistema de seguimiento Integral de los casos de violencia de género", al que los funcionarios actuantes pueden acceder a través de la INTRANET corporativa del Cuerpo de Seguridad correspondiente. Es el funcionario policial que instruye la denuncia el encargado de realizar la citada valoración a través de un sistema informático, recogándose ésta en el Atestado Policial. Pero parece sorprendente que no exista una alternativa no informática para valorar el riesgo porque como se ha visto en este estudio los problemas informáticos no resultan tan infrecuentes. En opinión de esta autora esta situación no se debería permitir, ya que es un porcentaje importante de casos en los que no se realiza esta valoración y por tanto, no se pueden adoptar las medidas adecuadas de protección.

Otro dato sobre este mismo aspecto y que llama la atención es el que las víctimas presentan un gran porcentaje de riesgo no apreciado o bajo, lo que conlleva la no adopción de medidas de protección a la víctima, que unido a que el 49,4% de los agresores se declaran consumidores de alcohol y/o sustancias tóxicas y sabiendo que dicho consumo está demostrado médicamente que constituye un factor de

riesgo muy importante en relación con la heteroagresividad y criminalidad en general, parece que tendría que ser una evaluación que debería valorarse de forma muy precisa en los casos de violencia de género. Para esta investigadora, y desde la experiencia de trabajar en un Juzgado de Violencia sobre la Mujer, este tipo de valoración del riesgo correspondería a las Unidades de Valoración Forense Integral (UVFI), compuestas por un Médico Forense, un Psicólogo y un asistente Social. Las ventajas que tendría realizar esta valoración por parte de la UVFI, es que de forma especializada, individualizada y personal, se evidenciarían aspectos que afectan tanto a la víctima como al agresor, y que son fundamentales para establecer el riesgo que, a su vez, permitiría adoptar las medidas de protección necesarias, en su caso.

Entre los factores que deberían tenerse en cuenta para realizar esta valoración y que aportarían una mayor información para evaluar el riesgo de la víctima⁴¹, se encuentran la valoración de la lesión, una evaluación psicológica de ambos, un estudio de relaciones familiares, de los condicionantes socio-laborales, y de los hábitos de consumo. Si bien es cierto que la labor de evaluación del riesgo sería más completa y adecuada si fuera realizada por las UVFI de forma sistemática, ampliando la información con los factores comentados, que la elaborada por los Cuerpos de Seguridad que no pueden contar con toda esa información siendo a veces incompletas las evaluaciones del riesgo.

En este mismo sentido se pronuncian otros autores (Castellanos Arroyo, 1998a) cuando afirman la necesidad de realizar una pericia

⁴¹ Recogidos en la Guía y Manual de Valoración Integral Forense de Violencia de Género y Doméstica editada por el Ministerio de Justicia 2005.

médico-legal integral en cada caso de violencia, dirigida a establecer una valoración global y completa de la víctima, del agresor y de los hijos cuando los hay.

En el 80 % de los casos analizados, se daba la circunstancia de que no era la primera vez que la víctima era agredida por la persona a la que había denunciado, pero sí la primera vez que interponía una denuncia por estos hechos, siendo un pequeño porcentaje (1,4%) el formado por mujeres que denunciaron una primera agresión. Este dato es similar al aportado por otros autores (Escriba-Agüir, 2006), lo que indica que parece existir un alto grado de reincidencia antes de poner la denuncia por primera vez, siendo las causas más frecuentes el miedo al agresor, el temor a quedarse sola con los hijos, la casa y el problema económica que ello conlleva. Este análisis lleva a insistir en la clara necesidad de creación de equipos psicosociales especialmente profesionalizados en este tipo de violencia, que en colaboración con las asociaciones de inmigrantes consigan dar un mayor apoyo a víctimas y agresores así como aportar un mayor conocimiento para la detección del grado de peligrosidad que muestra el agresor en el ambiente en el que se desenvuelve habitualmente.

En cuanto a los mecanismos de producción de la agresión, en la mayoría de los casos se utilizaron las manos, los empujones y los pies, siendo despreciable el porcentaje de casos en los que se utilizó armas blancas, u objetos contundentes, en ningún caso se vieron lesiones por

arma de fuego. En los estudios revisados de homicidios de violencia doméstica el arma blanca es la causa más frecuente de los mismos con un 66.7% (Lucena, 2008), seguido por el arma de fuego con un 25% (Dolado 1999) y finalmente la asfixia mecánica (8,3%). Si se hace referencia a la gravedad de la agresión en base a los mecanismos utilizados, las agresiones en su mayoría fueron leves, encontrándose influenciadas por factores sociodemográficos como la nacionalidad de los agresores, demostrándose que los agresores norafricanos y centroamericanos cometieron agresiones más graves usando como mecanismo de agresión armas blancas, dato en consonancia con las referencias encontradas en otros estudios que señalan que *"hay algunas diferencias entre los agresores que han cometido conductas de violencia grave contra la pareja y los que han llevado a cabo conductas menos graves. En este punto, la nacionalidad es el aspecto más significativo. Así, los agresores inmigrantes extranjeros, sobre todo latinoamericanos y africanos, tienden a cometer con más frecuencia delitos graves"* (Echeburúa, 2008).

En la mayoría de los casos las denuncias fueron interpuestas por la mujer frente a un pequeño porcentaje (4,8%) en el que la denuncia fue interpuesta por los cuerpos de seguridad del estado y aún menor (1,6%) si nos referimos a las denuncias que fueron interpuestas por otras personas como familiares, amigos o vecinos. Hablamos de porcentajes más igualados si nos referimos a la vía por la que se interpone la denuncia, siendo en un 48% de los casos llevada a cabo de forma indirecta por policía, centros médicos, vecinos o familiares que

alertan de la situación que sufre la víctima. Estos últimos resultados son mayores a los reflejados en el "Informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer" del 2009, donde el porcentaje de las denuncias interpuestas de forma indirecta fue cercano al 25%.

Se han encontrado muy pocos estudios que apoyen que el sitio donde se produce el mayor índice de maltrato es en los domicilios (Echeburúa y Corral, 1998), ya sea de la víctima (23,2%), del agresor (4%) o de ambos (44,4%). En segundo lugar, es en la vía pública donde se desarrollan el 25,2% de los incidentes, hecho que facilita la presencia de testigos, que puedan auxiliar a la víctima. Aunque si se añade a este dato que en el 58,5% de los casos hubo testigos, implica que de los casos de violencia perpetrada en los domicilios muchos fueron presenciados, lo que conlleva que un alto porcentaje (29,8%) fuera presenciado por los hijos. Son numerosos los estudios (Jaffe, 1990 y García- Moreno, 1999) que afirman que la violencia doméstica contra la mujer también tiene consecuencias para sus hijos, tanto si solo son testigos de la violencia como si son también víctimas de ella. Estas consecuencias se traducen en problemas de conducta, a menudo asociados a dificultades de comportamiento, problemas escolares y falta de relación positiva con los compañeros. Se ha demostrado, además, que los niños que son testigos de agresiones frecuentes e intensas a sus madres puntúan significativamente menos en una medida de sensibilidad interpersonal que los niños expuestos a agresiones maternas menos frecuentes e intensas.

No obstante llama la atención la gran cantidad de agresiones que se llevan a cabo en la vía pública y en presencia de testigos, teniendo en cuenta lo restrictiva que es la ley, y la gran sensibilidad social que existe en relación con el tema, ejemplo de ello el gran número de denuncias interpuestas por vía indirecta. Lo que hace sospechar una dimensión mayor del maltrato en la intimidad, y que queda oculto como refleja el alto porcentaje de mujeres que habían sufrido agresiones previas a denunciar. También refleja un problema sociocultural ya que se vio que la presencia de testigos era mayor entre la población sudamericana, centroamericana y norafricana. Aún sorprende más el dato del estudio que afirma que la mayoría de las agresiones producidas por agresores en situación legal irregular en España fueron en presencia de testigos, con el riesgo añadido que supone para estos sujetos estar en esa situación.

Estos datos recogidos en el estudio, relacionados con el alto índice de denuncias interpuestas por vía indirecta, y el alto número de agresiones que tienen lugar en presencia de testigos podrían restar credibilidad a las acusaciones de aumento de falsas denuncias que se han realizando en los últimos años. Según un trabajo llevado a cabo por el grupo de expertos magistrados del Consejo General del Poder Judicial, "sólo una de 530 sentencias provinciales dedujo testimonio para averiguar si había denuncia falsa" (Consejo General del Poder Judicial, 2009). Parece un apoyo importante que haga pensar que las denuncias falsas son más un "mito" que una realidad. Aunque también es cierto que tras revisar la legislación, queda evidenciado que el presunto maltratador es detenido y pasa a disposición judicial tras ponerse la

denuncia, sin haber una clara constatación de los hechos denunciados, lo que en caso de ser falso el testimonio, podría suponer para la persona falsamente denunciada un hecho traumático y de gran trascendencia.

No se han encontrado estudios que revelen las tipologías de las denuncias, en este estudio se recogieron distintos tipos de denuncias marcadas fundamentalmente por la autoría de la denuncia, por el tipo de maltrato y la tolerancia al mismo. Se observó que entre las denuncias interpuestas estaban por un lado las que las mismas mujeres interponían, bien porque estaban cansadas de tolerar un maltrato físico y psicológico de largo tiempo de evolución, y que por fin se animaban a denunciar y a solicitar orden de protección, o porque tenían claro que el maltrato no se debe consentir, interponiendo una denuncia ante el primer signo de maltrato. Estos dos tipos de denuncias que constituyeron más del 50% de las denuncias, son el reflejo del mensaje social que debe predominar, de tolerancia cero ante el maltrato. Desgraciadamente se observó que por otro lado, y con un porcentaje no despreciable del 28,6%, se encuentra la tipología de denuncia que demuestra que la mujer no moviliza la denuncia, sino que se hace de forma indirecta, no refiere maltratos previos y no se solicita orden de protección, lo que refleja casi con toda probabilidad una situación de maltrato habitual en el que la víctima no quiere denunciar a su agresor, pero también demuestra un dato esperanzador de que el sistema y la ley funcionan, haciendo evidentes situaciones de maltrato que están sumergidas en los hogares, y permiten desenmascararlas y así crear

alerta al respecto. A esta misma conclusión se hace referencia en el Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2009, cuando se afirma que en base a los resultados obtenidos *“este Informe cuantifica no sólo la realidad del maltrato, sino también la constancia de que los recursos institucionales para la protección de las víctimas están siendo utilizados”*.

En cambio sí existen estudios que hayan abordado el tema de la tipología del maltrato (Fontanil, 2005), aunque desde una perspectiva distinta a este estudio ya que centran la atención en los derechos violados de una persona en una relación para determinar los tipos de maltrato. En esta investigación se establecieron las tipologías de maltrato en base a variables de tipo sociodemográfico, distinguiendo entre maltrato íntimo, familiar y público. Para esta investigadora resulta alarmante la relación que existía entre el maltrato íntimo y familiar y el perfil de la víctima tipo C, ya que tras los resultados de estudios como el de Santamaría (2007) que revela que *“lo común a estas relaciones⁴² que luego han desembocado en el hecho crucial de que ellas se encuentren en estado de discapacidad permanente por la violencia de la que han sido objeto, es que se parecen a cualquier otra pareja de las llamadas comunes, frecuentes, “normales”, de la sociedad española. Detrás, debajo, agazapada tras esta “normalidad” relacional que en algunos casos, sin embargo sí ha presentado importantes huellas de que algo estaba funcionando incorrectamente en dicha relación, se señalan -en los*

⁴² Mujeres con perfil similar al tipo C de este estudio.

propios discursos de estas mismas mujeres– la existencia de malos tratos a lo largo de veinticinco años, de quince años, doce años, nueve años, o la aparición de un ataque brutal y despiadado sin que nada lo anunciase”, son muchas las mujeres que se encuentran en una situación de riesgo y que son potenciales víctimas discapacitadas o mortales, que presentan un maltrato íntimo y familiar que demuestra que su situación está oculta a los ojos de quien les rodea. Por ello y porque muchas veces el seguimiento de estas víctimas y su valoración del riesgo no es la adecuada, hay que seguir investigando el problema y trabajando por mejorar las lagunas que aún existen, para evitar que las víctimas de este estudio se conviertan en una cifra más de mujeres discapacitadas o fallecidas. Este hecho refuerza la teoría de que para la valoración del riesgo de la víctima debe hacerse un análisis y un estudio más profundo del que se lleva a cabo en la actualidad.

La existencia de un maltrato íntimo, teniendo en cuenta además que es el que predomina entre los agresores tipo IIa (consumidores habituales de alcohol), supone un factor de riesgo importante para las víctimas. Luego el establecer y conocer la tipología del maltrato ayuda a orientar la valoración del riesgo de la víctima, y debe ser utilizado para ello.

Un dato del estudio que resultó esperanzador es el observar que en el maltrato público predomina el tipo 1 de denuncia, lo que traduce que la sociedad es menos inmune al problema, y que lo considera un problema de “todos”, social, y que denota la obligación que sentimos de tener que denunciar y erradicar esta lacra que se arrastra desde hace

siglos, y desterrar la idea de que “el maltrato en la pareja es algo que concierne sólo a los mismos”. Aunque los barómetros mensuales⁴³ que elabora el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) revelan que en cómputo global, del total de 226.061 personas encuestadas desde septiembre de 2000 a diciembre de 2008, sólo 7.060 (3,1%) declararon que la “violencia contra la mujer” constituye uno de los tres principales problemas de España, es de esperar que esta cifra vaya en aumento. Si bien es cierto que en ese estudio se observa que desde la aparición de la violencia contra la mujer como uno de tres problemas principales de España en las respuestas de los barómetros mensuales del CIS, hubo una fluctuación de los resultados obtenidos, situándose los porcentajes más altos entre los años 2004 y 2005, periodo preparatorio de la Ley Integral y aprobación y entrada en vigor de la misma. Esto se debe, con toda probabilidad, a que durante estos meses se puso más en relieve la situación de las mujeres víctimas de la violencia de género, y se hizo especial hincapié en los medios de comunicación de este problema como un fenómeno específico, así como en la necesidad de poner en marcha medidas concretas para su erradicación, por lo que la exposición en los medios del problema ayuda a tener una mayor conciencia y visibilidad del problema, a la vez que contribuyen a la sensibilización de la población, por lo que el debate social sobre la sobreexposición del problema en los medios, encuentra aquí algunas respuestas.

⁴³ Desde mediados de los años ochenta, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) sondea a los ciudadanos mensualmente sobre aquellas cuestiones que se consideran como los principales problemas de España. En el barómetro de septiembre del año 2000 surge por primera vez “la violencia contra las mujeres” como uno de los problemas más relevantes mencionados de manera espontánea por la población.

LESIONES VÍCTIMA

La mayoría de las mujeres presentaban lesiones, sólo el 3,2% de ellas no presentaba ninguna lesión tras la agresión, habiéndose ejercido en todos los casos violencia física. De entre las lesiones que se observaron la mayoría fueron lesiones leves siendo los hematomas y las erosiones las lesiones predominantes, aunque se apreció un 16,4% con heridas o fracturas, lesiones que suelen asociadas a una mayor violencia. Pese a ello sólo un 11,2% de las mujeres tuvieron secuelas. Estos datos coinciden con estudios previos, como el Estudio Multipaís (WHO, 1999) llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud que refleja que la mayoría de las lesiones eran leves (hematomas, erosiones, y mordiscos), aunque en algunos entornos era común encontrar lesiones más graves (fracturas, lesiones otológicas y oftalmológicas). El estudio señala que al menos el 20% de las mujeres que habían sufrido lesiones alguna vez en Namibia, el entorno provincial de Perú, Samoa, el entorno urbano de Tailandia y la República Unida de Tanzania declaró haber sufrido daños de los considerados más graves. En Bangladesh, Etiopía, el entorno provincial de Perú y en Samoa, más de una cuarta parte de las mujeres que habían sufrido lesiones alguna vez informó haber perdido el conocimiento a raíz de algún acto violento infligido por su pareja.

Haciendo eco de las afirmaciones ya comentadas en relación a la influencia de factores sociodemográficos, como la nacionalidad, en la gravedad de las lesiones, el dato obtenido en relación a que los agresores que más secuelas provocaron dada la agresividad de sus lesiones, fueron los de origen norafricano, no hace nada más que avalar esta teoría.

En relación a cuestiones médico-forenses como tiempos de curación, asistencia médica, y compatibilidad de las lesiones con el mecanismo de los hechos, apenas se ha encontrado bibliografía que discuta los resultados obtenidos en nuestro estudio, en el que la mayoría de las lesiones no necesitaron tratamiento médico posterior, y se estabilizaron en menos de una semana, aunque se observó un alto porcentaje (23,6%) de mujeres que presentaron impedimento para desarrollar sus actividades habituales, pero sólo el 9,2% estuvo más de una semana en situación de incapacidad temporal. No obstante no es un porcentaje despreciable a la hora de valorar la repercusión laboral que puede tener sobre las mujeres, como ya se ha observado en otros trabajos (Castellano Arroyo, 1998b). Se ha demostrado (Fontanil, 2002) que entre las mujeres maltratadas existe una mayor prevalencia de bajas por enfermedad que en la población de mujeres que no sufren o han sufrido maltrato.

En el caso de España la escasez de trabajos sobre tipología de las lesiones y aspectos médico- forenses podría relacionarse entre otros con factores como la existencia de una legislación sobre violencia doméstica

relativamente reciente (con las consecuentes dificultades para desarrollarla, etc.) y permisiva (siendo frecuente que estos casos queden resueltos con multas de pequeña cuantía o penas menores de tipo similar). Hay que tener en cuenta que el Código Penal español comenzó a contemplar el delito de violencia familiar habitual en 1989; pero no fue hasta la aprobación de un nuevo Código Penal⁴⁴ cuando se incrementaron las penas y se añadió, además, aquella pena correspondiente a la magnitud de las lesiones causadas; y hubo que esperar aún hasta 1999 para que se incluyeran como posibles autores del delito a las exparejas, se incluyera la violencia psicológica como delito y se implementaron nuevas medidas para proteger a las mujeres frente a los malos tratos. En estas condiciones identificar y acceder a las víctimas ha sido difícil y sólo recientemente (últimas décadas) han comenzado a ponerse en marcha programas de actuación y valoración de las víctimas, marco en el cual se han iniciado las investigaciones sobre el tema.

PARTES DE LESIONES

Según las guías y estudios revisados, los partes de lesiones desempeñan una importante labor para poder abordar judicialmente el problema del maltrato, es evidente que un buen parte de lesiones aportará mayor información tanto al forense como al juez que lleve la

⁴⁴ Aprobado en noviembre de 1995 y con entrada en vigor en mayo de 1996.

causa, mientras que una parte de lesiones incompleta o de mala calidad no hace más que complicar el problema. Además las partes de lesiones pueden ayudar a recabar información importante sobre la tipología del maltrato y así poder enfocar el problema para la mejor toma de decisiones públicas en materia de ayuda a las víctimas de violencia y, sobre todo, para poder establecer medidas de prevención efectivas (Escriba-Agüir, 2006).

Apenas existen estudios que traten el tema de las partes de lesiones en violencia de género, y menos que analicen su calidad.

Los resultados obtenidos en este estudio, en relación a la procedencia de las partes de lesiones, difieren bastante de los estudios revisados. Mientras que éstos hablan de cifras del 68% de partes procedentes de centros de Atención Primaria (Escriba-Agüir, 2006) y del 32% de servicios de urgencias, en este estudio se han observado que estos resultados se invierten siendo procedentes de Atención Primaria sólo el 33,2% y de servicios de urgencias (hospitalarios o no) el 67% restante. Estos resultados pueden justificarse por las diferencias que existen entre comunidades autónomas en relación a la logística de los servicios de atención sanitaria urgente, y los horarios del servicio de Atención Primaria.

En este estudio se observó que las lesiones que más frecuentemente presentan las víctimas como son los hematomas y las erosiones, se describían bien en las partes médicas en líneas generales

(descripción del tipo de lesión y localización, datos importantes a la hora de que la víctima sea valorada por el forense), pero por el contrario llamó la atención el alto porcentaje de partes de lesiones en los que no se describía la evolución-coloración del hematoma ni de las erosiones, información muy importante para la data de las mismas, y más siendo este tipo de lesiones la más predominantes. Se observó que las referencias generales de las lesiones sí se realizaron correctamente, complicándose la situación al detallar las mismas. Observándose que eso mismo no ocurría con las heridas, las cuales se detallaban con más exactitud, por lo que la gravedad de las lesiones determina el detalle con el que se describan las lesiones, probablemente por la mayor implicación en la atención que conlleva una agresión más grave.

En la descripción de las lesiones se encontraron diferencias entre los distintos partes según su procedencia, confirmándose que la procedencia del parte de lesiones y los distintos modelos de partes que se utilizan para detallarlas, determinan la forma en que se describen las lesiones, y por tanto determinarán su posterior valoración forense, por lo que se hace necesario la utilización de un modelo de parte de lesiones común a todos los servicios sanitarios y específico de violencia de género, como ya elaboró la Comunidad Valenciana bajo la denominación "Informe médico por presunta Violencia Doméstica" y cuyos beneficios fueron demostrados por Escribá-Agüir (2006) afirmando que *"La implementación de un modelo estándar de parte de lesiones específico para declarar casos por presunta violencia doméstica en adultos, de fácil cumplimentación, ha favorecido enormemente su declaración. Este*

hecho ha permitido determinar las características sociodemográficas de los casos así como la tipología de las lesiones”.

Otro factor que determina la forma en que se describen las lesiones, es la vía de la denuncia, estando mejor descritas en los partes en los que la vía era indirecta, probablemente en relación con la percepción del médico de la viabilidad de la denuncia, al ir la víctima acompañada por agentes de los Cuerpos de Seguridad del Estado.

Se observó que fueron muy pocos los partes de lesiones que reflejaron el estado psíquico de la víctima, cuando en todos los estudios revisados (Aretio, 2001; Millán, 2005) se hace especial mención a la necesidad de realizar una valoración psicológica de la víctima y la importancia de un abordaje biopsicosocial del problema. El hecho de no estar reflejada esta información tan trascendente en el parte de lesiones, podría implicar un problema de base mayor que fuera el no valorar el daño psíquico que presentaba la víctima, por ser menos evidente que unas lesiones físicas, y que ello conllevara el no abordaje y tratamiento del problema. Si bien es cierto, y ha quedado demostrado en este estudio, que la procedencia del parte de lesiones determina esta información ya que los partes procedentes del SAMUR en casi la mitad de los casos reflejaban este dato y por el contrario el CAS apenas en dos casos hacía referencia. Puede justificarse por el tiempo transcurrido entre la agresión y la valoración de la víctima, siendo en el caso del SAMUR inmediata, prácticamente en el lugar de los hechos, y en los casos de los partes procedentes del CAS una atención más demorada,

factor que influye en que la víctima presente un cuadro psicológico más o menos florido marcado por el miedo, estrés y ansiedad.

Son muchos otros los datos que han puesto de manifiesto en este estudio que la procedencia del parte de lesiones determina la información que se reflejan en los mismos. Ejemplo de ello fue el hecho de que en los partes procedentes de los CAS se reflejaran en su mayoría que se trataba de un caso de violencia de género, no ocurriendo así en los procedentes de los centros de Atención Primaria. Este fenómeno se puede ver influenciado por el hecho de que en los CAS la víctima suele ir acompañada de la policía, y en los centros de salud la víctima acude sólo o en compañía de familiares, marcando la diferencia el peso de la viabilidad de la denuncia. Este motivo también justifica la diferencia que existe entre los partes del CAS que reflejan en un alto porcentaje si la víctima acude acompañada, frente al resto de partes de lesiones que apenas hacen referencia al tema.

Otro dato que destacó y que es preocupante fue que, en relación a toda la información que puede esclarecer la situación de seguridad de la víctima y que debe aparecer recogida en los partes de lesiones según las guías y protocolos revisados, fueron muy pocos los partes que las reflejaban. Como reflejar si la víctima acudía sola o acompañada, los antecedentes de maltrato, la existencia de otras personas del núcleo familiar que estuvieran sufriendo maltrato, o si alguien ha sido testigo de la agresión, y la actitud de la mujer ante la presentación de denuncia, datos todos ellos que ayudan a establecer un esquema del apoyo social

del que dispone la víctima y que pueda poner en alerta a los sistemas sanitarios para notificar la situación a los servicios sociales, y Cuerpos de Seguridad del Estado en caso de que fueran necesarios.

El reflejo de la situación de seguridad de la víctima también dependía del origen del parte, por lo que una vez más, como ya se ha puesto de manifiesto con este trabajo, se confirma que la procedencia del parte de lesiones determina la información que aparece reflejada en el mismo.

Si bien, este estudio también demuestra que el hospital de procedencia del parte de origen hospitalario apenas determina la información reflejada, salvo en unos criterios muy concretos como son la presencia de tachaduras, la letra clara y legible y la aparición de los datos del facultativo que presta asistencia, en los que se obtuvo que el Hospital Clínico era el que más errores de éstos cometía, justificado claramente por no poseer sistema informático en el servicio de urgencias, empeorando la comprensión de los partes.

Al aplicar la escala de calidad elaborada para este trabajo, en los 250 casos de este estudio, se observó que los criterios de la misma definidos como imprescindibles fueron en su mayoría cumplimentados correctamente, y de los considerados necesarios también fueron superados con un alto porcentaje, excepto uno de ellos, por lo que estos resultados transmiten confianza, aunque el valor final obtenido como resultado de la calidad medido por la escala no supusiera la excelencia.

Cumpliendo en su mayoría el objetivo de aportar al médico forense la información correcta y necesaria.

No se han encontrado estudios ni datos relacionados con la calidad de los partes de lesiones en violencia de género, en esta investigación se obtuvo que la puntuación media de la escala fue de 78,1 puntos, considerándose por tanto que la calidad de los partes de lesiones en violencia de género era *intermedia*, hallándose los puntos más débiles en el reflejo de la fecha y hora del incidente y las referencias a los antecedentes de maltrato y estado psíquico de la víctima.

Pese a que estos resultados de calidad que se han obtenido hayan sido correctos y hayan transmitido una situación esperanzadora, ha sido alarmante el porcentaje de partes que han presentado *baja calidad*, y que como consecuencia habrán supuesto que casi un tercio de las víctimas no hayan podido ser valoradas conforme a las lesiones y situación de maltrato que realmente padecían.

Se ha observado en este estudio que la procedencia del parte de lesiones en materia de violencia de género determina la calidad de los mismos. Siendo los partes procedentes del SAMUR los de mejor calidad y los procedentes de MAP, SUAP y SUMMA los de peor calidad. Esta determinación de la calidad también se ha hecho patente a nivel hospitalario.

VII.CONCLUSIONES

1. Conseguir elaborar un perfil de la víctima y del agresor en materia de violencia de género se ha comprobado con este estudio y con la revisión de la bibliografía que es una tarea difícil, siendo imposible caracterizarlos de una forma dogmática. La víctima de nuestro estudio se caracteriza por ser una mujer con edad comprendida entre 25-34 años, de origen sudamericano, con estudios secundarios, trabajadora, con descendencia y que mantiene con su agresor una relación de pareja con convivencia de entre dos años y medio y cinco años de duración. El perfil del agresor, basado en el consumo de sustancias tóxicas, es el de varón consumidor habitual de alcohol, con edad media de 35 años, de origen sudamericano, activo laboralmente, sin antecedentes ni posesión de armas.

2. La tipología de las lesiones en violencia de género corresponde a lesiones de carácter leve (hematomas y erosiones), sin secuelas, siendo sólo necesario una primera asistencia, curando en una semana y suponiendo poca repercusión en la capacidad laboral de la víctima a excepción de los casos en los que las lesiones eran graves.

3. El perfil del maltrato en la violencia ejercida sobre la mujer de este estudio destaca por ser un maltrato reiterado, con episodios previos, de tipo físico acompañado en una cuarta parte de maltrato psicológico, con mecanismos de agresión leves (manos, empujones y pies), que tiene lugar en el domicilio, y en presencia de testigos, siendo éstos en su mayoría los hijos.

4. Las denuncias que se realizan en violencia de género se caracterizan por ser interpuestas tras varios episodios de maltrato, denunciándose maltrato físico, teniendo como autor a la víctima y pudiendo ser la vía por la que se interpone tanto directa como indirecta. Se ha establecido una tipología de denuncias marcada fundamentalmente por la autoría de la denuncia, por el tipo de maltrato y la tolerancia al mismo.

5. Se ha demostrado que las variables sociodemográficas como la nacionalidad, influyen sobre el tipo de maltrato, y la gravedad y tipología de las lesiones que tienen lugar en violencia de género.

6. El riesgo de agresión, por evaluación policial, que presentan las víctimas es bajo-medio. Considerándose el método de evaluación de riesgo no adecuado a la vista de las lagunas que presenta no sólo por el soporte informático, no existiendo alternativa cuando éste falla, sino en cuanto a contenido, no pudiéndose evaluar factores de riesgo como el tipo de lesión, estado psicológico, hábitos de consumo y relaciones familiares.

7. Los partes de lesiones que se emiten en violencia de género son de una calidad intermedia. Identificándose deficiencias en el contenido de los mismos.

8. La procedencia de los partes de lesiones en violencia de género determina la información que se refleja en los mismos y la calidad que presentan, siendo los partes procedentes del SAMUR los de mejor calidad, y los procedentes de los servicios de atención primaria los que presentan una calidad más baja.

9. Es necesario a la vista de los resultados, llevar a cabo la elaboración de un parte de lesiones único y común para los centros sanitarios, a emitir en casos de violencia de género, para que se realice una evaluación de la víctima completa y adecuada.

VIII. RECOMENDACIONES

Una de las principales recomendaciones que se pueden realizar tras este estudio es la elaboración de un modelo estándar de parte de lesiones para víctimas de violencia de género común para todos los servicios sanitarios ajustado a los protocolos, y que sea de fácil elaboración, facilitando así la labor de los médicos, y pasando a ser un instrumento de trabajo viable y práctico, subsanándose todas las deficiencias que se han detectado tras este estudio. Y consiguiéndose con ello no sólo aumentar la calidad de los partes de lesiones en esta materia, garantizando a la víctima un mejor enfoque de su problema facilitando las actuaciones judiciales, sino también dotar a las administraciones de un instrumento con el que conseguir datos epidemiológicos homogéneos y fiables, que puedan facilitar la toma de decisiones en materia de ayuda a las víctimas y para establecer medidas de prevención efectivas.

Esta investigadora ha elaborado el *parte de lesiones estándar en violencia de género* basándose en el modelo específico de parte de lesiones para los casos de violencia doméstica propuesto por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y complementado con soluciones a los errores más frecuentes detectados tras el estudio de los partes de lesiones.

Este prototipo queda recogido en el *ANEXO IV*.

Su cumplimentación es sencilla, y consta del original para remitir al juzgado y de 3 copias (una para la víctima, otra que quedará en el centro sanitario donde se atiende la víctima y una tercera para remitir al Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer).

Otras de las recomendaciones que esta investigadora realiza tras la finalización de este estudio, es que la evaluación del riesgo de agresión de la víctima debería llevarse a cabo por las Unidades de valoración Forense Integral, ya que así podrían incluirse factores de riesgo de agresión a la víctima importantes y que determinan en gran medida el riesgo que pueda tener la víctima, como son las características de las lesiones que sufre la víctima, una valoración psicológica y un estudio del entorno familiar de los sujetos implicados. Factores todos ellos que deben ser analizados por un equipo específico de profesionales como los que se encuentran en las UVFI.

IX. BIBLIOGRAFÍA

Alberdi, I., Matas, N. (2002) La violencia doméstica, informe sobre los malos tratos a mujeres en España, Fundación La Caixa, Colección Estudios Sociales nº 10.

Alcale Sanchez, M. (2000) *El delito de malos tratos físicos y psíquicos en el ámbito familiar*. Tirant Lo Blanch, Valencia.

Álvarez A. (1998). Guía para mujeres maltratadas . Ed: Consejo de la mujer de la Comunidad de Madrid. Madrid.

Andrés Pueyo, A. y Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28, 157-173.

Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.

Aretio A. (2001). Detección y abordaje de la violencia doméstica desde la atención primaria de salud de La Rioja: una cuestión pendiente. Logroño: Servicio Riojano de Salud; Informe técnico.

Aretio A. (2007). Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gac Sanit* ; 21(4): 273-277.

Arroyo Fernández A. (2000). Mujer maltratada: Intervención Médico-forense y Nueva Legislación. *Atención Primaria* ; 26 (4):255-260

Asamblea General de las Naciones Unidas (2000). Sesiones "La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz en el siglo XXI". Nueva York.

Barbero J. (2005). El maltrato de género en las relaciones de pareja: una mirada desde la bioética. En: La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid: Díaz de Santos; 225-39.

Blanco Prieto P, Ruiz-Jarabo C, editoras. (2002). La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Publica,

Boira Sarto, S. (2008). Una caracterización sociodemográfica de los hombres que ejercen violencia en la pareja (HEVPA). *Acciones e Investigaciones Sociales*, 25, 145-170

Boletín Oficial del Estado (BOE) de 16 de septiembre de 2006. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el

procedimiento para su actualización. BOE nº 222 de 16/09/2006. Sec.1, 32650-32679.

Boletín Oficial del Estado de 10 de junio de 1999. Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. BOE nº138 de 10/06/1999. Sec. 1, 22251-22253.

Boletín Oficial del Estado de 24 de noviembre de 1995. Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE nº281 de 24/11/1995, 33987 a 34058.

Boletín Oficial del Estado de 24 de octubre de 2002. Ley 38/2002, de 24 de octubre, de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, sobre procedimiento para el enjuiciamiento rápido e inmediato de determinados delitos y faltas, y de modificación del procedimiento abreviado. BOE nº258 de 28/10/2002. Sec.1, 37778-37795.

Boletín Oficial del Estado de 27 de octubre de 2003. Ley Orgánica 13/2003, de 24 de octubre, de reforma de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en materia de prisión provisional. BOE nº 254 de 27/10/2003. Sec.1, 38241-38246.

Boletín Oficial del Estado de 25 de noviembre de 2003. Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, de reforma del Código Penal. BOE nº 283. Sec.1, 41842-41875.

Boletín Oficial del Estado de 25 de marzo de 2004. Real Decreto 355/2004, de 5 de marzo por el que se regula el Registro central para la protección de las víctimas de la violencia doméstica. BOE nº 073. Sec.1, 12937-12946.

Bonino Méndez, Luis. (1996). *Micromachismos: la violencia invisible en la pareja*. Edit. Generalidad Valenciana. Dirección General de la Mujer.

Bustelo Ruesta, M. (2004). La Evaluación de las Políticas de Género en España. Catarata Libros; 01 ed.

Calvo García, M. (1999) Análisis de casi 5000 resoluciones dictadas por tribunales españoles en 1999. Estudio del Laboratorio de Sociología Jurídica de la Universidad de Zaragoza.

Casado Blanco, M., Hurtado Sendín, P., Jiménez García, A. (1999). Intervención médico-legal en los servicios de urgencias. Emergencias, 11. 365-368.

Casado Blanco, M. (2008). Manual de documentos médico-legales. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. pp: 24-28. Ed. ROS.

Castellano Arroyo, M. (2000) Aspectos médico-legales de los malos tratos domésticos. Actualidad médica. Real Academia de Medicina. Facultad de Medicina. Granada. Tomo 86, nº 755.

Castellano Arroyo, M; Aso Escario, J. y Martínez Jarreta, B. (1998a). Ficha unificada para la recogida de datos de interés médico-legal en las agresiones. Rev. Esp. Med. Leg. XXII (83): 38-46.

Castellano Arroyo, M; Aso Escario, J.; Cobo Plana, J.A. y Martínez Jarreta, B. (1998b). Datos Médico-Forenses de 1485 agresiones denunciadas por mujeres. Rev. Esp. Med. Leg.; XXII (84-85): 24-30.

Castellano, M., Lachica López, E. Molina, A., Villanueva de la Torre, H. Violencia contra la mujer. (2004). El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo. *Cuad. med. forense* [online]. n.35 pp. 15-28.

Centro de Información de las Naciones Unidas (2008). Conferencias de las Naciones Unidas sobre la mujer. Disponible en: [<http://www.cinu.org.mx/temas/mujer/confmujer.htm>]

CIS (Centro de investigaciones Sociales). Barómetros mensuales 2000-2008. Percepción de los principales problemas en España. Documento electrónico disponible en [http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html]

Código Penal (1995). Autores: Eduardo Torres-Dulce Lifante, Juan C. Ortiz Úrculo, José M^a Luzón Cuesta, Rogelio Gómez Guillamón, José Moyna Ménguez. (1995) Código Penal 10^a Edición Julio 2005.

Consejo General del Poder Judicial (2009). Estudio sobre la aplicación de la Ley Integral contra la violencia de género por las Audiencias Provinciales. Grupo de expertos y expertas en violencia doméstica y de género del CGPJ.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (1979). Asamblea General de Naciones Unidas. Disponible en: [<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>]

Corral, P. (2000): *Violencia contra la mujer*. Debats, 70-71, 94-102.

Díaz-Aguado, M. J., Martínez Arias, R. (2002). *Estudio sobre las Medidas Adoptadas, por los Estados Miembros de la Unión Europea, para Luchar contra la Violencia hacia las Mujeres*. Instituto de la Mujer. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/violpres.htm>

Dolado J, Lucena J, Tortosa T. (1999). Evolución de las muertes por homicidio en la ciudad de Barcelona. Período 1982-1996. *Quartes*

jornades catalanes d'actualització en Medicina Forense. Ed. Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia. Barcelona.

Easton CJ, Mandel DI, Hunkele KA et al. (2007). A cognitive Behavioral Therapy for Alcohol-dependent Domestic Violence Offenders: an Inregrated Substance Abuses-Domestic Violence Treatment Approach. *The American Journal on Addctions*; 16:24-31

Echeburúa, E. (ed.) (2003): *Personalidades violentas* (pp. 129-152). Madrid. Pirámide.

Echeburúa, E. (2004a). Hombres violentos contra la pareja: perfil psicopatológico y programa de intervención Psicopatología. Publicaciones Centro de Estudios Jurídicos (CES) 2004. Disponible en: [http://www.cej.justicia.es/pdf/publicaciones/medicos_forenses/MEDI31.PDF]

Echeburúa, E. y Corral, P. (2004b). Violencia domestica ¿Es el agresor un enfermo?. *Tema a debate*.11 (6): 297-303.

Echeburúa, E., Corral, P.; Fernández Montalvo, J.; Amor, P. J. (2004c) ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja?. *Papeles del Psicólogo*, mayo-agosto, 10-18.

Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14, Supl., 139-146.

Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1998). Mujeres víctimas de maltrato. En E. Echeburúa y P. de Corral (eds.): *Manual de violencia familiar* (pp. 11-69). Madrid. Siglo XXI.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Corral, P. (2008). ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 355-382.

Encuesta del Centro de Investigación Sociológica (CIS).2009.

Escribà-Agüir V., Barona-Vilar C., Calvo-Mas C. (2006). Lesiones por violencia doméstica en la Comunidad Valenciana *Gac Sanit* v.20 n.6 Barcelona.

Estadística judicial. Año 2006, 2007 (2007). Madrid: Consejo General del Poder Judicial.

Estadística judicial 3er trimestre 2008. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.

Falcón, L. (1991). *Violencia contra la mujer*. Barcelona. Círculo de lectores.

Federación de Mujeres Progresistas. (2009). Violencia y medios de comunicación. Revista digital "El altavoz", IX. Disponible en: [<http://www.fmujeresprogresistas.org/violencia10.htm>]

Fernández Alonso, M.C. Marco conceptual. (2002). El papel del Médico de familia en la detección de la violencia doméstica. Mesa sobre violencia doméstica. Actas del XXII Congreso de la SemFyC. Madrid.

Fernández Alonso, M.C. (2006) Violencia Doméstica. Actuaciones en casos de violencia doméstica (PAPPS). Fundación para la Investigación, Estudio y Desarrollo de la Salud Pública (F.P.I.E.D.S.P.). Disponible en: [http://prevencionviolenciagenero.com/archivos/violencia_domestica.pdf]

Fernández Alonso, M.C., Herrero Velázquez, S., Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, et al. (2003). Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Atención Primaria*, 32, 425-33.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2005). Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 451-475.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 151-180.

Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Amor, P.J. (2005). Aggressors against women in prison and in community: An exploratory study of a differential profile. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 158-167

Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F.J., y Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 17, 90-95.

Fontanil, Y., Méndez, M., Cuesta, M., López, C., Rodríguez, F.J., Herrero, J., y Ezama, E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema*, 14, Supl., 130-138.

Fundación Isis Internacional (2006). Conferencias mundiales sobre las mujeres. Centro de documentación. Disponible en: [<http://www.isis.cl/temas/conf/mujer.htm>]

García-Moreno, C. (1999). "Violence Against Women, Gender, and Health Equity" (No. 99.15) de la Serie de Working Papers del Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health.

Garrido, V. (2001): *Amores que matan*. Valencia. Algar.

Gimbernatordeig, E., Mestre Delgado, E. (2009). Código Penal: Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre (15ª ED.). Editorial Tecnos, Madrid 2009.

Golding. B. (2002). Domestic violence. J R Soc Med; 95(8): 427 - 427.

Golding, JM. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. J Fam Violence; 14: 99-132.

Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. (2008) Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. 1ª Edición.

Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género (2008). Consejo General del Poder Judicial. 114-117; 95-97.

Guía y Manual de Valoración Integral Forense de la Violencia de Género y Domestica. (2005) Boletín informático. Ministerio de Justicia.

Hegarty K, Hindmarsh E, Gilles M. (2000). Domestic violence in Australia: definition, prevalence and nature of presentation in clinical practise. MJA; 173: 363-367.

Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Ministerio de Igualdad (2009). Madrid.

Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2007). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: MTAS.

Informe del Ministerio de Igualdad sobre denuncias y homicidios en el año 2008; 55-57.

Informe de víctimas mortales por violencia doméstica y de género en el año 2008. Realizado por el Servicio de Inspección del Consejo General del Poder Judicial.

Informe mundial sobre la violencia y la salud, DE LA WHO. (2003). Capítulo 4: Violencia en la pareja. Implementación de las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud, WHA56.24

Instituto de Medicina Legal de la Rioja (2007). Intervención médico forense en violencia doméstica, de género y sexual. Logroño: Instituto de Medicina Legal de La Rioja. Memoria 2005.

Instituto de la mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2006). III macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados, abril 2006. Madrid: Sigma Dos S.A.

Jaffe, P.G., Wolfe, D.A., Wilson, S.K. (1990). Children of battered women. Vol. 21. Developmental Clinical Psychology and Psychiatric. Newbury Park, CA

Jiménez Casado C, Lorente Acosta M. (1999) Violencia contra las mujeres, ámbito sanitario. Sevilla; Instituto Andaluz de la Mujer.

Johnson, M. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 283-294.

Krantz G, García-Moreno C. (2005). Violence against women. *J Epidemiol Community Health*. 59(10):818-21.

Krug E., Dahlberg L., Mercy J., Zwi A, Lozano R, eds. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 105-109. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm]

Labrador, F.J., Rincón, P.P., de Luis, P., y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Pirámide.

Lanzos, A. (2001). La violencia doméstica (una visión general). En C.G.P.J., *La Violencia en el Ámbito Familiar. Aspectos Sociológicos y Jurídicos. Cuadernos de Derecho Judicial, V-2001*; 133-149. Madrid: Lerko Print, S.A.

Larizgoitia I. (2006). La violencia también es un problema de salud pública. *Gac Sanit*. 20 Supl 1:63-70

Larrión Zugasti JL, de Paúl Ochotorena J. (2000). Mujer, violencia y salud. *Med Clin* ; 115: 620-24.

Lasheras Lozano, L., Abad Revilla A., Rodríguez Gimenes M., y Pires Alcaide M. (2008). Detección de la violencia de pareja hacia las mujeres. *Jano*, 1684, 41-44.

Lorente, M. Balance de denuncias y homicidios por violencia machista registrados en 2008. Ministerio de Igualdad.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE nº 313. Sec.1, 42166-42197.

Ley Orgánica 3/1989 de actualización del Código Penal.

Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, de reforma urgente y parcial del Código Penal.

Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. BOE nº 234; Sec.1, 35398-35404.

Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid. BOE nº 052 de 02/03/2006. Sec. 1, 8515-8526.

Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. BOE nº183; Sec.1, 29881-29883.

Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.

Lucena, J., Santos, M., Rico, A. , Blanco, M., (2008). Estudio médico-legal del homicidio en la provincia de Sevilla (2004-2007). Especial referencia a los homicidios de mujeres en el contexto de violencia de género. Cuad Med Forense, 14(51).

Madina, J. (1994): *Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar*. En E. Echeburúa (ed.). Personalidades violentas. Madrid. Pirámide.

Maiuro, R. D. y Avery, D. H. (1996): Psychopharmacological treatment of aggressive behavior: Implications for domestically violent men. Violence and Victims, 11, 239-261.

Matud Aznar P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratadas. Psicothema. 16: 397-401.

McLear D, Anwar R. (1987). The role of the emergency Physician in the prevention of domestic violence. Ann of Emerg. Med;16(10):107-113.

Mejía R, Alemán M, Fernández A y Pérez Stable E J. (2000). Conocimientos y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. Medicina. Buenos Aires;(60):591-594.

Millán R. (2005). El trabajo social con mujeres maltratadas. Intervención individual. En: La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid: Díaz de Santos; 145-58

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer (2002). *Macroencuesta sobre «violencia contra las mujeres»*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Mullen E P, Roman-Clarkson S.E.,Walton V.A et Herbison E.P. (1988). Impact of sexual and physical abuse on women mental health. *Lancet*.2(3); 842-845.

Naciones Unidas (1995). Declaración de Beijing de 1995, y Plataforma para la Acción. IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres. Beijing, China, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.

Naciones Unidas (1994). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. A/RES/48/104. Ginebra: Naciones Unidas.

Nogueiras B, Arechederra A y Bonino L. (2001). Atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres.Ed: Instituto de la mujer. Madrid.

Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Palomo M. (2004). Violencia contra la mujer: atención urgente. Ante el maltrato, ¿debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente? *Semergen*.30:68-71

Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en al salud física y psíquica. *Med Clin*. 122:461-7

Plazaola-Castaño J.; Ruiz Perez I.; Montero B. (2008a). Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*.22:527-33.

Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., Hernández-Torres, E. (2008b). Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gac Sanit* . 22(5): 415-420.

Prochaska, J. O. y Diclemente (1983): *Stages and proceses of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (2007). Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos: plan de acción contra la violencia doméstica (1998-2000). (2000). Consejo

Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer.

Recomendación Rec (2002) 5 adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 30 de abril de 2002 y Memorándum explicativo. Disponible en:

[http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/politicas/docs/5_Rec_2002_5]
]

Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Mooney S, Feder G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*; 324:274 -7

Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vive-Cases C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit.* 18 Supl 2:4-12.

Sanmartin, J. (2000): *La violencia y sus claves*. Barcelona. Ariel.

Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000): *Violencia en la pareja*. Málaga. Aljibe.

Santamarina, C. (2007) "*Procesos y realidades de las mujeres con discapacidad a causa de la violencia de género*". CIMOP. Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).

Sarrión Ferre, MT., Aracil Monller, C., Molina Gasset, R. (1995). Estudio descriptivo y valoración de la cumplimentación de los partes de lesiones generados en un servicio hospitalario de urgencias. *Emergencias*, 7(5), 245-251.

Tubert Cotler, S. (1999). Aspectos psicológicos de la violencia doméstica. *Medicina General*. nº 17; 78-84.

Vázquez, B. (1999). Evaluación psicológica de la mujer maltratada. *Clínica y Salud*, 10 (3), 377-391.

Víctimas mortales por Violencia de Género (2009). Informe publicado por el Ministerio de Igualdad. 31-54.

Villavicencio, P. (1993). "*Mujeres maltratadas: conceptualización y evaluación*". *Clínica y Salud*, 4, pág.215-228

Vives-Cases, C., Carrasco-Portiño, M., Álvarez-Dardet, C. (2007). La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas. *Gac Sanit* v.21 n.4 Barcelona.

White, R. J. y Gondolf, E. W. (2000): *Implications of Personality Profiles for Batterer Treatment*. Journal of Interpersonal Violence, 15, 467-488.

World Health Organization (1999) WHO. Multicountry study of women's health and domestic violence. Coreprotocol. Geneva: WHO. (WHO/EIP/GPE/99.3)

World Report on violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002 [http://www5.who.int/violence_injury_prevention/]

Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D., y Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico.

X. ANEXOS

ANEXO I

PLAN DE SEGURIDAD

Si la víctima tuviera que abandonar la casa de forme urgente se le informará sobre los siguientes aspectos:

Tener preparado:

- Juego adicional de llaves de la casa y del coche. Listado de teléfonos de familiares, colegios, médicos y otros teléfonos importantes de lugares dónde poder alojarse.
- Documentos legales, como certificado de nacimiento, tarjeta sanitaria, carné de conducir, Documento Nacional de Identidad, pólizas de seguros, escrituras de bienes inmuebles, informes médicos, denuncias, fotos de lesiones...
- Bolso con ropa, medicamentos, y algún objeto significativo para cada hijo o hija.
- Una cuenta corriente o libreta de ahorro (que sólo ella conozca) e ir ingresando lo que pueda. Hacer una provisión de dinero en metálico.

Tener precaución de:

- Que el agresor no esté en el momento de abandonar el domicilio.
- No dar información ni indicios de sus planes.
- No tomar tranquilizantes ya que ha de estar alerta si decide irse.
- Acudir a las personas y a los lugares con las que había contactado previamente.

Si permanece en el domicilio común informarle de que tiene que tener preparado un escenario de protección para ella y sus hijos e hijas:

- Retirar armas u otros objetos que puedan ser utilizados como tales.
- Conocer los números de emergencias.
- Concertar señal con los vecinos y/o familiares en caso de peligro
- Enseñar a sus hijos e hijas a conseguir ayuda y protegerse.
- Procurar no estar sola (si es posible) tanto en domicilio como fuera de él.
- Si ve próxima la agresión, no alejarse de la puerta de salida.
- Hacer todo el ruido que pueda.
- Si el ataque es inevitable, procurar ser el blanco más pequeño posible (protegerse con los brazos la cabeza y la cara).

ANEXO II

ANEXO III

CUESTIONARIO DE VARIABLES:

VARIABLES RELACIONADAS CON LA VÍCTIMA:

1. Edad (dato numérico)
2. Nacionalidad
 0. Sudamericana
 1. Europa oriental
 2. Norte de África
 3. Subsahariana
 4. Española
 5. Europea occidental
 6. Asiática
 7. Centroamérica
3. Actividad laboral
 0. No
 1. Un único trabajo
 2. Pluriempleada
4. Tipo de actividad laboral (abierta):
5. Estudios complementarios:
 0. No registrado
 1. Sin estudios
 2. Graduado escolar- enseñanza obligatoria
 3. Bachillerato
 4. Universitarios
6. Situación familiar
 0. Casada
 1. Pareja con convivencia
 2. Pareja sin convivencia
 3. Separada
 4. Divorciada
 5. El agresor no es la pareja actual
7. Propiedad de la vivienda en la que habita la víctima:
 0. No registrado
 1. Alquiler a nombre de la víctima
 2. Alquiler a nombre del agresor
 3. Propiedad de la víctima
 4. Propiedad del agresor
 5. Propiedad de ambos.
 6. En la calle
 7. Cada uno en un domicilio
 8. Otros.
8. Orden de protección previa
 0. No registrado
 1. Sí
 2. No
 3. Denegada.
 4. Covedad
9. Solicitud de orden de protección:
 0. No registrado
 1. Sí
 2. No

10.0 Descendencia (datos numéricos)

- 0.No registrado
1. Sí
2. No

10.1 N° hijos con agresor (numérico):

10.2 N° hijos con pareja distinta al agresor (numérico)

REGISTRO Edad de los hijos:

11. Tiempo de convivencia con el agresor:

0. No registrado
1. 0 - 2,5 años
2. 2,5 - 5 años
3. > 5 años

12. Episodios de amenaza explícitas previos:

0. No registrado
1. Sí
2. No

13. Repetición de amenazas explícitas:

0. No registrado
1. Sí
2. No

VARIABLES RELACIONADAS CON EL AGRESOR:

14. Edad: registro de dato numérico

15. Nacionalidad

0. Sudamericana
1. Europa del este
2. Norte de África
3. Subsahariana
4. Española
5. Centroeuropea
6. Asiática

16. Situación laboral:

0. Sin trabajo
1. Un solo trabajo
2. Pluriempleado
3. Jubilado

17. Ingresos anuales del agresor (numérico)

18. Situación en España:

0. No registrado
1. Regular
2. Irregular

19.0 Consumo habitual de sustancias:

0. No registrado
1. Sí
2. No

19.1 Consumo habitual de Cannabis:

0. No registrado
1. Sí
2. No

19.2 Consumo habitual de Cocaína:

0. No registrado
1. Sí
2. No

19.3 Consumo habitual de Alucinógenos:

0. No registrado
1. Sí
2. No

19.4 Consumo habitual de Alcohol:

0. No registrado
1. Sí
2. No

19.5 Consumo habitual de otros:

0. No registrado
1. Sí
2. No

20. Consumo de alcohol y/o sustancias tóxicas en el momento de la agresión:

0. No registrado
1. Sí
2. No

21. Antecedentes penales y/o policiales del agresor no relacionados con la pareja:

0. No registrado
1. Sí
2. No

22. Antecedentes penales y/o policiales del agresor relacionados con la violencia de género:

0. No registrado
1. Sí
2. No

23. Antecedentes psiquiátricos:

0. No registrado
1. Sí
2. No

v24.0 Posesión de armas:

0. No registrado
1. Sí
2. No

v24.1 Posesión arma blanca:

0. No registrado

1. Sí

2. No

v24.2 Posesión arma de fuego:

0. No registrado

1. Sí

2. No

v24.3 Posesión objetos contundentes:

0. No registrado

1. Sí

2. No

25. Presenta lesiones por su pareja:

0. No registrado

1. Sí

2. No

v26.0 Presenta hematomas:

0. No registrado

1. Sí

2. No

v26.1 Presenta eritemas:

0. No registrado

1. Sí

2. No

v26.2 Presenta erosiones:

0. No registrado

1. Sí

2. No

v26.3 Presenta heridas:

0. No registrado

1. Sí

2. No

v26.4 Presenta fracturas:

0. No registrado

1. Sí

2. No

v26.5 Presenta mordeduras:

0. No registrado

1. Sí

2. No

27. Riesgo de agresión de la víctima por evaluación policial:

0. No registro

1. No apreciado

2. Bajo

3. Medio

4. Alto

33.1 Mecanismo agresión con manos:

0. No registrado

1. Sí

2. No

33.2 Mecanismo agresión con empujones:

0. No registrado

1. Sí

2. No

33.3 Mecanismo agresión con arma blanca:

0. No registrado

1. Sí

2. No

33.4 Mecanismo agresión con objeto contundente:

0. No registrado

1. Sí

2. No

33.5 Mecanismo agresión con arma fuego:

0. No registrado

1. Sí

2. No

33.6 Mecanismo agresión con pies:

0. No registrado

1. Sí

2. No

33.7 Mecanismo agresión con otros objetos:

0. No registrado

1. Sí

2. No

34. Autor de la denuncia:

0. No registrado

1. Víctima

2. Servicios salud

3. Cuerpo de la Policía Nacional, Municipal o Local

4. Otros

35. Vía de la denuncia:

0. Directa (iniciativa de la víctima)

1. Indirecta (policial, vecinos, familiares)

36. Lugar de la agresión:

0. No registrado

1. Domicilio de la víctima

2. Domicilio del agresor

3. Vía pública

4. Otros

5. Domicilio de ambos

37.0 Agresión en presencia de alguien:

0. No registrado

1. Sí

2. No

37.1 Agresión en presencia de hijos:

0. No registrado

1. Sí

2. No

37.2 Agresión en presencia de familiares directos:

0. No registrado

1. Sí

2. No

37.3 Agresión en presencia de amigos:

0. No registrado

1. Sí

2. No

37.4 Agresión en presencia de otros:

0. No registrado

1. Sí

2. No

38. Tiempo transcurrido entre la agresión y la denuncia:

0. < 24 h

1. 24 - 48 h

2. > 48 h

VARIABLES RELACIONADAS CON LA DENUNCIA Y AGRESIÓN:

28. Primera agresión:

0. No registrado

1. Sí

2. No

29. Si ha habido otras agresiones, ¿cuántas?(dato numérico):

30. Primera denuncia:

0. No registrado

1. Sí

2. No

31. Si ha habido otras denuncias, ¿cuántas?(dato numérico):

32.0 Agresión física:

0. No registrado

1. Sí

2. No

32.1 Agresión psíquica:

0. No registrado

1. Sí

2. No

32.2 Agresión sexual:

0. No registrado

1. Sí

2. No

39. Tiempo transcurrido desde la agresión hasta la primera valoración médica:
0. < 24 h
 1. 24 - 48 h
 2. > 48 h
40. Tiempo transcurrido desde la agresión hasta el reconocimiento forense:
0. < 48 h
 1. 48 h - 72 h
 2. > 72 h

VARIABLES RELACIONADAS CON EL INFORME FORENSE:

41. Grado de compatibilidad entre lesiones y hechos- mecanismo causal:
0. No registrado
 1. Compatible
 2. Parcialmente compatible
 3. No parece compatible
 4. No posible establecer compatibilidad
- v42.0 Presenta lesiones la víctima:
0. No registrado
 1. Sí
 2. No
- v42.1 Presenta hematomas:
0. No registrado
 1. Sí
 2. No
- v42.2 Presenta eritemas:
0. No registrado
 1. Sí
 2. No
- v42.3 Presenta erosiones:
0. No registrado
 1. Sí
 2. No
- v42.4 Presenta heridas:
0. No registrado
 1. Sí
 2. No
- v42.5 Presenta fracturas:
0. No registrado
 1. Sí
 2. No
43. Secuelas:
0. No registrado
 1. Sí
 2. No
44. En caso de presentar secuelas, ¿cuáles?:
45. Tiempo de curación- estabilización secuelas:
0. No registrado
 1. < 1 semana
 2. > 1 semana
46. Tiempo de impedimento para desarrollar sus actividades habituales:
0. No registrado
 1. 0 días
 2. 1- 7 días
 3. 7- 30 días
 4. > 30 días
47. Asistencia médica:
0. Una única asistencia, valoración de la lesionada, tto. sintomático.
 1. Tratamiento médico
48. Patología psiquiátrica depresiva que se detecta en la víctima al realizar la escala autoaplicada de Beck(1978) en la valoración forense:
0. No registrado
 1. Ausente
 2. Leve
 3. Moderada
 4. Grave

49. Patología psiquiátrica depresiva que se detecta en la víctima al realizar la escala autoaplicada de Zung(1970) en la valoración forense:
0. No registrado
 1. Ausente
 2. Leve
 3. Moderada
 4. Grave
50. Patología psiquiátrica que se detecta en la víctima al realizar la escala autoaplicada de SAS, en la valoración forense:
0. No registrado
 1. No patología psiquiátrica
 2. Trastorno situacional
 3. Trastorno ansiedad
 4. Trastorno depresivo

- v51.0 Tratamiento médico de las lesiones:
0. No registrado
 1. Sí
 2. No

- v51.1 Inmovilizaciones
0. No registrado
 1. Sí
 2. No

- v51.2 Tratamiento psiquiátrico
0. No registrado
 1. Sí
 2. No

- v51.3 Tratamiento antibiótico:
0. No registrado
 1. Sí
 2. No

- v51.4 Tratamiento quirúrgico de las lesiones:
0. No registrado
 1. Sí
 2. No

- v51.5 Otro tipo de tratamiento:
0. No registrado
 1. Sí
 2. No

52. Antecedentes previos psíquicos:
0. No registrados
 1. Sí
 2. No

VALORACIÓN DEL PARTE DE LESIONES:

53. Se concreta la localización de las lesiones:
0. Bien
 1. Regular
 2. Genéricamente

54. Se describe el tipo de lesión:
0. Bien
 1. Regular
 2. Genéricamente

55. Se describen adecuadamente los hematomas en cuanto a localización:
0. No presenta, no registrado.
 1. Sí
 2. No

56. Se describen adecuadamente los hematomas en cuanto a dimensiones:
0. No presenta, no registrado.
 1. Sí
 2. No

57. Se describen adecuadamente los hematomas en cuanto a coloración:
0. No presenta, no registrado.
 1. Sí
 2. No

58. Se describen adecuadamente las erosiones en cuanto a localización:
0. No presenta, no registrado.
 1. Sí
 2. No

59. Se describen adecuadamente las erosiones en cuanto a dimensiones:
0. No presenta, no registrado.
 1. Sí
 2. No
60. Se describen adecuadamente las erosiones en cuanto a forma:
0. No presenta, no registrado.
 1. Sí
 2. No
61. Se describen adecuadamente las erosiones en cuanto a evolución:
0. No presenta, no registrado.
 1. Sí
 2. No
62. Se describen adecuadamente las heridas en cuanto a localización:
0. No presenta, no registrado.
 1. Sí
 2. No
63. Se describen adecuadamente las heridas en cuanto a dimensiones:
0. No presenta, no registrado
 1. Sí
 2. No
64. Se describen adecuadamente las heridas en cuanto a evolución:
0. No presenta, no registrado
 1. Sí
 2. No
65. Se refleja el estado-daño psíquico síntomas y signos:
0. Sí
 1. No
66. Se describen adecuadamente estado-daño psíquico estableciendo categoría CIE/DSM :
0. No registrado
 1. Sí
 2. No
67. Se especifica en el parte de lesiones que se trata de un caso de violencia de género:
0. Sí
 1. No
68. Está cumplimentado o realizado con letra clara y legible:
0. Sí
 1. No
69. Presenta tachaduras:
0. Sí
 1. No
70. Aparecen los datos del centro donde se realiza la asistencia:
0. Sí
 1. No
71. Aparecen los datos, nombre y CNP, del facultativo que presta la asistencia:
0. Sí
 1. No
72. Se refleja la fecha y hora del incidente:
0. Sí
 1. No
73. Se refleja el lugar del incidente:
0. Sí
 1. No
74. Se hace referencia a cómo han ocurrido los hechos:
0. Sí
 1. No
75. Se refleja la fecha y hora de la atención:
0. Sí
 1. No
76. Se refleja si la paciente acude sola o acompañada:
0. Sí
 1. No
77. Se hace alguna referencia a si ha habido agresiones previas o si es la primera vez
0. Sí
 1. No
78. Se hace referencia de la existencia de otras personas que hayan sufrido malos tratos en el mismo incidente (niños, personas dependientes a su cargo...) o si ha sido la única persona agredida:
0. Sí
 1. No
79. Se hace referencia a la existencia o no de testigos:
0. Sí
 1. No
80. Aparecen los datos personales, nombre y DNI- NIE, de la víctima:
0. Sí
 1. No
81. Aparecen los datos del supuesto agresor:
0. Sí
 1. No
82. Se reflejan las medidas terapéuticas realizadas:
0. Sí
 1. No
83. Se hace referencia al plan de actuación que se llevará a cabo (alta, derivación a urgencias u otras especialidades)
0. Sí
 1. No
84. Se refleja el pronóstico:
0. Sí
 1. No
85. Se hace referencia a si se ha puesto o no en conocimiento del Juzgado:
0. Sí
 1. No
86. Se refleja la actitud de la mujer hacia la presentación de denuncia:
0. Sí
 1. No
87. Procedencia parte de lesiones:
0. No presenta.
 1. SAMUR.
 2. MAP, SUAP, SUMMA...
 3. Hospital.
88. Siendo de C.S, SUAP...indicar área:
89. Siendo Hospital, cuál?

ANEXO IV

MODELO DE PARTE DE LESIONES EN SOSPECHA VIOLENCIA DE GÉNERO

DATOS CENTRO ASISTENCIAL

☐ Hospital ☐ C. Salud ☐ Otros

Nombre:

Fecha de la atención:

Hora de la atención:

DATOS VÍCTIMA VIOLENCIA DE GÉNERO

Nombre y apellidos:

DNI o NIE:

Edad:

País de origen:

Situación familiar: ☐ casada ☐ separada ☐ pareja con convivencia
☐ pareja sin convivencia

Teléfono de contacto:

Dirección:

Don/Doña _____, médico de la citada
institución con Nº de colegiado _____, CERTIFICA que en el día
anteriormente señalado atendió a _____ -

quién acudió **acompañada** de:

☐ Cuerpos de Seguridad del Estado ☐ Familiar o amigos ☐ Nadie

para ser valorada de una **agresión realizada por** su: ☐ pareja ☐ expareja

de nombre y apellidos _____ y DNI/NIE _____

ocurrida el día _____ **en:**

☐ Domicilio víctima/agresor/ ambos ☐ Vía pública ☐ Otros

Sucediendo los **hechos** relatados por la víctima de la siguiente
manera _____

